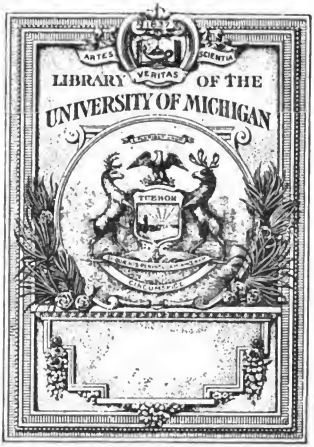
Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene

B 3 9015 00246 404 1
University of Michigan – BUHR

II. Jahrg. 1905

Herausgeber:
Dr. med. Karl Ries
Stuttgart

Leipzig 1905
Verlag d. Monatsschrift für
Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene
W. Malende


ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN

610.5
M74
H29

Monatsschrift

für

Harnkrankheiten

und

sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. **Karl Ries**
in Stuttgart, Kanzleistr. 1.

II. Jahrgang 1905.

Leipzig
— Johannisgasse 3 —
Verlag der Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene
W. Malende.
1905.

Alle Rechte vorbehalten.

Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

Medical
Heffer
10/8.23
2032

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.
II. Jahrgang 1905.

Inhalt.

I. Originalarbeiten.

Seite

Abolitionismus und Hygiene — v. *P. Meissner-Berlin* 42
Abortivbehandlung der Gonorrhoe mittelst Albargin von *Schourp-Danzig* 40
— der akuten Gonorrhoe von *Artur Strauß-Barmen* 25
Albargin. — Zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe mittels A. — v. *Schourp-Danzig* . . . 40
Anaesthesierung der Nieren und oberen Harnwege, Ueber die — v. *M. Lavaux-Paris* . . . 184. 227
Arhovin's, Ueber die Anwendung des — als Antigonorrhoicum — v. *James Silberstein* 113
Arthritis, Bemerkungen über gonorrhoische — v. *Schuster-Aachen* 21
Ärzte- und Naturforscher-Versammlung, 77. in Meran vom 24.—30. September 1905. (Verhandlungen der 25. Abteilung: Dermatologie- und Syphilidologie) — v. *Freih. v. Notthafft-München* 446

Bericht über den II. Kongreß der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in München, den 17. und 18. März 1905 — von *Karl Ries-Stuttgart* 169
Blase und Harnröhre, Die Lokalanaesthesie in — v. *Rob. Lucke-Magdeburg* 463
Bubonen, Die Behandlung der — nach der Porosz'schen Methode v. *Joseph Barabàs* 302

Dermato- und Venerologie, Beiträge zur Geschichte der — v. *M. P. Manassein-St. Petersburg*, — übersetzt v. *Otto Steinborn-Thorn* 467. 494. 537

Seite

Endoskopie, Zur Technik der — v. *Hans Pollock-Freiburg i. B.* (Mit einer Abbildung) 154
Erreur de sexe, Ein Fall von irrtümlicher Geschlechtsbestimmung — v. *Magnus Hirschfeld-Charlottenburg* 53

Geschlechtsbestimmung, Ein Fall von irrtümlicher — Erreur de sexe — v. *Magnus-Hirschfeld-Charlottenburg* 53
Geschlechtskrankheiten, Schutzmittel gegen — v. *Otto Große-München* 250
—, Erwiderung hierauf — von *Blokusewski-Niederbreisig a.* Rh. 315
—, Entgegnung hierauf — von *Otto Große-München* 491
— Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der —, Bericht über den II. Kongreß der D. G. z. B. d. G. — München, am 17. und 18. März 1905 — von *Karl Ries-Stuttgart* 169
—, Epilog zum II. Kongreß — v. *Freih. v. Notthafft-München* . 267
Geschlechtsverkehr, Die Empfehlung des illegitimen G. seitens des Arztes ist unzulässig, — v. *Prof. Benninghoven-Berlin* . . 355
(NB. Wendet sich gegen *Max Marcuse's* Aufsatz „Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechtsverkehr raten"?) — Jahrg. 1904. —
— Noch einmal: „Darf der Arzt zum außerehelichen G. raten?" v. *Max Marcuse-Berlin* — (Antwort auf vorstehende Arbeit *Prof. Benninghoven's*) — . . 412
Gonorrhoe, Zur Abortivbehandlung der — mittels Albargin v. *Schourp-Danzig* 40
—, — der akuten — von *Artur Strauß-Barmen* 25

Seite

Gonorrhoe, Über die Anwendung der Silberpräparate, speziell der modernen, bei der — Eine Betrachtung für den praktischen Arzt v. *R. Loeb-Köln* 14
—, Zur Behandlung der — von *Julian Marcuse-Mannheim* . . 163
—, Die Flasche „Simplex" zu Injektionen bei — v. *Artur Strauß-Barmen* 394
Gonosan, Klinischer Beitrag zur Kenntnis der therapeutischen Wirkung des — v. *Ferrucio Paßarelli-Rovigo* 367
Harnröhre, Keratosis der — von *Karl Joos-München* 30
—, Ueber Massage der — v. *Boß-Straßburg i. E.* (Mit 3 Abbildungen) 82
— und Blase, Die Lokalanaesthesie in — v. *Rob. Lucke-Magdeburg* 463

Harnverhaltung, Ueber — von *Karl Ries-Stuttgart* 211
Harnwege, obere — Ueber die Anaesthesierung der Nieren u. ob. H., v. *M. Lavaux-Paris* 184. 227
Hermaphroditismus, Ein seltener Fall von — v. *Magnus Hirschfeld-Charlottenburg* 202
Homosexualität und Prostitution, Ueber — Zugleich ein Beitrag zur Lehre von den Enthaltsamkeitsstörungen — von *Wilh. Hammer-Berlin* 506
Hygiene und Abolitionismus — v. *P. Meißner-Berlin* 42

Injektionen bei Gonorrhoe, Die Flasche „Simplex" zu — von *Artur Strauß-Barmen* 394
Jodfersan bei Lues, Ueber — von *Prof. Benninghoven-Berlin* . . 157

Keratosis der Harnröhre — von *Karl Joos-München* 30
Kongreß, II. der Deutschen Gesellschaft zur Bek. der Geschlechtskrankheiten in München, den 17. und 18. März 1905, Bericht über den — von *Karl Ries-Stuttgart* 169
—, Epilog zu diesem Kongreß — v. *Freih. v. Notthafft-München* 267

Lokalanaesthesie, Die, in Blase u. Harnröhre, — von *Rob. Lucke-Magdeburg* 463

Seite

Lues, Ueber Jodfersan bei — v. *Prof. Benninghoven-Berlin* . . 157

Massage der Harnröhre, Ueber — v. *Boß-Straßburg i. E.* (Mit 3 Abbildungen) 82
— der Prostata und der Samenblasen, Ueber — von *Artur Hennig-Königsberg i. Pr.* . . 9. 70

Naturforscher- und Aerzte-Versammlung, 77. in Meran vom 24.—30. September 1905. (Verhandlungen der 25. Abteilung: Dermatologie und Syphilidologie), von *v. Notthafft-München* 446
Neomalthusianismus, Der. — Die fakultative Sterilität in der ärztlichen Praxis — v. *Herm. Rohleder-Leipzig* 59. 89. 118
Neurasthenie, Ueber sexuelle — v. *M. A. Stern* . 309. 376. 395. 442
Nieren und oberen Harnwege, Ueber die Anaesthesierung der — v. *M. Lavaux-Paris* . . 184. 227
Novargan, Ueber — von *Robert Lucke-Magdeburg* 299

Onanie, Ueber die Folgen der — v. *Mor. Porosz-Budapest* . 98. 132.
—, Zur Naturgeschichte der — v. *Julian Marcuse-Mannheim* . . 37

Prostata und Samenblasen, Ueber Massage der — v. *Artur Hennig-Königsberg i. Pr.* 9. 70
Prostituierter, Ueber Spracheigentümlichkeiten Berliner P. — von *Wilh. Hammer-Berlin* . . 278
Prostitution und Homosexualität, Ueber — Zugleich ein Beitrag zur Lehre von den Enthaltsamkeitsstörungen — von *Wilhelm Hammer-Berlin* 506

Samenblasen und Prostata, Ueber Massage der — von *Artur Hennig-Königsberg i. Pr.* . 9. 70.
Silberpräparate, Ueber die Anwendung der, speziell der modernen, bei der Gonorrhoe. Eine Betrachtung für den praktischen Arzt v. *R. Loeb-Köln a. Rh.* . 14
Syphilis, Einige dunkle Punkte in der gegenwärtigen Lehre von der — v. *Herbsmann-Rostow*, übersetzt von *Otto Steinborn-Thorn* 175

Seite

Syphilis-Therapie, Ein Beitrag zur — Prophylaktischer Vorschlag von *E. Orlipski-Halberstadt* . . . 49

Technik der Endoskopie, Zur — v. *Hans Pollock-Freiburg i. B.* 154

Ulcus venereum, Ein —, von großem Umfange — von *Moritz Porosz-Budapest* 492
Urologie im letzten Jahrzehnt, Ueber die Fortschritte der — v. *G. Brendel-Bad Kreuznach* . 2. 66

Venero- und Dermatologie, Beiträge zur Geschichte der —, v. *M. P. Manassein-St. Petersburg*, — übersetzt v. *Otto Steinborn-Thorn* 467. 494. 537
Versammlung, 77., deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran vom 24.—30. September 1905 — Verhandlungen der 25. Abtlg: Dermatologie und Syphilidologie v. *Freih. v. Notthafft-München* 446
Verschleppung eines 14jähr. Mädchens in ein reichsdeutsches Bordell, Ein Fall von — v. *Wilh. Hammer-Berlin* 346
— Bemerkungen zu diesen Ausführungen — von *Freiherrn v. Notthafft-München* 351
— Erwiderung hierauf — v. *Wilh. Hammer-Berlin* 457
— Schlußwort hierzu — von *Freih. v. Notthafft-München* . 461

Weihnachtsfeier, Eine, im größten Dirnenkrankenhause Deutschlands. Zugleich ein Beitrag zur Psychologie der Prostitution — v. *Wilh. Hammer-Berlin* . . . 104

II. Referate.

Abramow, S., Ueber die Veränderungen der Aorta bei Syphilis. *Schwab-Berlin* 476
Abramowitz, D., Zur Frage von der harnsauren Diathese im Kindesalter. *S. Prißmann-Libau* 523
Adrian, C. und A. Loeb, Rechtfertigt erhöhte molekulare Blut-Konzentration bei Nierenerkrankungen immer den Schluß auf Kranksein beider Nieren? (= Aus der Straßburger med. Klinik: *Prof. Naunyn.* =) *M.* 234
Arrese et Motz, Note sur les vessies des prostatiques „sans prostate." *Goldberg-Köln-Wildungen* 522
Axisa, Edgar und *Karl Ritter* von *Stejskal*, Ueber Veränderungen der Magensekretion bei einseitiger Nierenexstirpation. *H. Schwerin-Berlin* 516
Ayres, Winfield-New-York, Lavage of the renal pelves in the treatment of Bright's disease. *S. Blanck-Potsdam* 431

Bakalleinik, Pierre, Traitement des rétrécissements de l'urèthre sans pression sur les parois adjacentes saines, dilatation de l'uretère. *Goldberg-Köln-Wildungen* 523
Bandi und Simonelli, Ueber die Anwesenheit der „Spirochaete pallida" in sekundär-syphilitischen Manifestationen und über die zu ihrem Nachweis angewendeten Färbungsmethoden. *Steiner-Mannheim* . . . 432. 433
Bangs, L. Bolton-New-York, Hematuria as a symptom of Hydronephrosis. Nephrectomy, Cure. *Rohleder-Leipzig* 189
Baer, Julius, Ueber die Einwirkung der Glykuronsäureausscheidung auf die Acidose. (= Aus der Straßburger med. Klinik: *Prof. Naunyn.* =) *M.* 238
Baratynski, P. A., Zur Frage von der nachfolgenden Behandlung der Harnblasenwunde beim hohen Steinschnitt. *S. Prißmann-Libau* 320
Baermann, Die Gonorrhoe der Prostituierten. *Steiner-Mannheim.* 281
Bartrina et Motz, Contribution à l'étude des abscèss, périnéaux et des phlegmons diffus d'origine uréthrale *Goldberg-Köln-Wildungen* 519
Bartscht, Karl, Ein Beitrag zur Lehre vom Koma diabetikum als Säureintoxikation. (= Aus dem patholog. Institut zu Greifswald.) *M.* 323

Seite

Bazy, M., Sur une nouvelle variété d'incontinence nocturne d'urine *Palm-Berlin* 236
Bendix, Ernst: Ueber Wechselbeziehungen zwischen Haut- und Nierentätigkeit. (Aus der medizin. Klinik in Göttingen.) *H. Schwerin-Berlin* 517
Berg, Georg, Styptol in der urologischen Praxis. *M.* 190
Blaschko, A.-Berlin, Syphilis und Lebensversicherung. *S. Blanck-Potsdam* 286
Bloch, Iwan-Berlin, Die Nachbehandlung der Syphilis. *H. Pollock-Freiburg i. Br.* 476
Block, Felix-Hannover, Zur Abortirbehandlung der Gonorrhoe nach Blaschko. *Hans Schwerin-Berlin* 527
Blokusewski, H.-Niederbreisig a. Rh., Die Entwickelung der persönlichen Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. *R.* . . 109
Böttticher, C., Ueber die Beck'sche Methode der Hypospadie-Operation. (= Aus der Chirurg. Klinik der Universität in Gießen: *Prof. Dr. Poppert*). *Hans Schwerin-Berlin* 474
Brehmer, C., Ueber Gonococcensepsis der Neugeborenen. *Drucker-Stuttgart* 192
Brewer, G. E.-New-York, A Report of Six Cases of Calculus in the Pelvic Portion of the Ureter. *A. Freudenberg-Berlin* . . . 237
Burgdorf, Th., Beitrag zur Casuistik der Lues spinalis (Inaug. Diss., Kiel 1904.) *Schwab-Berlin.* 529

Cabot, Follen-New-York, The Cystoskope as an aid in genitourinary surgery. *Rohleder-Leipzig* 322
Campagnolle, R. de, Ueber den Wert der modernen Instillationsprophylaxe der Gonorrhoe. *Steiner-Mannheim* 282
Cantas, Behandlung der essentiellen nächtlicheu Harninkontinenz nach der epiduralen Methode. *M.* 385
Casper, Leopold-Berlin, Zur Diagnostik und Therapie der Nierentuberkulose. *Hans Schwerin-Berlin* 234

Seite

Casper, Leopold-Berlin, Zur Therapie der Blasengeschwülste. *H. Pollock-Freiburg i. Br.* . . . 472
Christen, Beiträge zur Pathologie und Therapie der Harnröhrenstrikturen auf Grund einer Reihe von 400 Fällen 527
Chryssovergis, M., Origine dispeptique des petits accidents du brightisme. *Palm-Berlin* . 232
Citron, H.-Berlin, Ueber quantitative Bestimmung des Harnzuckers unter besonderer Berücksichtigung der jedometrischen Zuckerbestimmung. *Hans Schwerin-Berlin* 475
Cohn, Paul, Eine primäre, nicht gonorrhoische Urethritis mit auffallend reichlichen Influenzabazillen. (= Aus der Hautkrankenstation des Städt. Krankenhauses in Frankfurt a. Main: Oberarzt *Herxheimer.*) *A. Freudenberg-Berlin* . . . 385

Dapper, Max, Ueber die Behandlung des Diabetes mellitus mit dem Geheimmittel „Djoeat" (Bauer). (= Aus der inneren Abtlg. des städt. Krankenh. in Frankfurt a. Main: Oberarzt *Prof. v. Noorden.* =) *Hans Schwerin-Berlin.* 326
Darré et P. Ravant, Les réactions nerveuses au cours des herpes génitaux. *Palm-Berlin* . . . 241
Dermatologische Gesellschaft, Berliner, Vorsitzender: *Leßer.* — Schriftführer: *Brulns.* (= Sitzungen vom 10. Januar und vom 14. Februar 1905. =) *S. Blanck-Potsdam* 197
Dühring, von, Ueber Quecksilberwirkung. *Steiner-Mannheim* . 194
Dzirne, J., Ueber Behandlung der Nephrolithiasis, Hydro- und Pyonephrose (17 Fälle von Operationen an der Niere). *Loeb-Köln* 233

Elsäßer, O., Ueber die Häufigkeit und die Bedeutung der isolierten Nebennierentuberkulose. *Schwab-Berlin* 472
Erdmann, John F.-New-York, Prostatectomy in emergency cases. *Rohleder-Leipzig* . . 521

Seite

Feistmantel-Budapest, Der persönliche Schutz vor geschlechtlicher Infektion (= Vortrag im „Offizier-Kasino" für Aerzte und Offiziere, 7. Mai 05. =) *Droste-Hönningen* 386

Ferranini, Prof. Luigi, Ueber die Wirkungen subkutaner Kochsalzinfusionen bei Nephritis mit Rücksicht auf die neueren Theorien über den Wert des Kochsalzes bei den Krankheiten der Nieren. (= Allg. med. Klinik der Kgl. Univ. Palermo. =) *Schwab-Berlin* 470

Fischer, Max, Ueber die Bedingungen, welche die Ausscheidung der Alkalien im Harn begünstigen. *M.* 239

Flügel, Karl-Frankfurt a. Main, Ueber Rectalgonorrhoe bei Vulvovaginitis infantum. *Immerwahr-Berlin* 329

Fowler, George Ryerson-Brooklyn, The technic of perineal prostatectomy. *S. Blanck-Potsdam* . 430

France, A case of Cryptorchidism. *A. Freudenberg-Berlin* . . . 189

Fraenkel, C., Ueber das Vorkommen der „Spirochaete pallida" bei Syphilis. *Steiner-Mannheim* . 432

Freudenberg, Albert-Berlin, Ueb. Kamphersäure als prophylactisches Mittel gegen Katheterfieber. *Goldberg-Köln-Wildungen* 526

—, Ein neues Ureterenkystoskop für den Katheterismus eines oder beider Ureteren. *Schwab-Hamburg* 325

Frommer, Victor-Berlin, Neue Reaktion zum Nachweis von Aceton samt Bemerkungen über Acetonurie. *Immerwahr-Berlin* 475

Funke, John-Philadelphia, Syphilis of the liver, sclerogummatous type. *S. Blanck-Potsdam* . . 432

Füth, H., Ueber die Entstehung einer Blasenscheidenfistel durch Unfall. (= Univ.-Frauenklinik zu Leipzig: Direktor Geheimrat *Zweifel*). *Schwab-Berlin* . . 473

—, Beitrag zur Ureterenchirurgie (Univ.-Frauenklinik zu Leipzig: Direktor Geheimrat *Zweifel*). *Schwab-Berlin* 515

Seite

Galewsky, Ueber lösliches Kalomel (Kalomelol). *Steiner-Mannheim* 193

Gaßmann, A.-Basel, Schwere Nephritis nach Einreibung eines Skabiösen mit Perubalsam. *Steiner-Mannheim* 63

Gaudier, Volumineuse tumeur du scrotum; lymphangiome kystique *Goldberg-Köln-Wildungen* 525

Goldberg, Berthold-Köln-Wildungen, Die keimfreie Aufbewahrung weicher und halbweicher Katheter. *Bernhard Schulze-Kiel* 237

Götzl, Alfr., Die Behandlung des Enuresis mit epiduralen Injektionen. *Grätzer-Sprottau* . . 190

Gregoir, Les polypes de l'urèthre chez la femme. *Goldberg-Köln-Wildungen* 110

Grot, W. v., Zur Kasuistik der Penisverletzungen. *S. Prißmann-Libau* 320

Guiard, Traitement des uréthrites à gonoccoques par la méthode de Janet. *Goldberg-Köln-Wildungen* 526

Gütschow, O., Zur Kenntnis der weiblichen Epispadie. Mit einer Abbildung. (Inaug.-Dissertation, Rostock 1904). *Schwab-Berlin.* 520

Hamburger, C., (Augenarzt), Zum § 218 des Reichs-Strafgesetzbuches. *Immerwahr-Berlin* . 196

Hermann, A., Zur operativen Behandlung des Kryptorchismus. (= Aus dem Rudolfinerhaus in Wien. =) *Grätzer-Sprottau* . 326

Herrman, Emil, Beitrag zur chirurg. Behandlung der Bubonen. *A. Seelig-Königsberg i. Pr.* . . . 192

Hirsch, Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechtsverkehr raten? *Steiner-Mannheim* . . 285

—, *Maximilian*, Ueber epidurale Injektionen. *A. Seelig-Königsberg i. Pr.* 524

Hirschfeld, F.-Berlin, Zur Prognose des Diabetes. *H. Schwerin-Berlin* 323

Hirt, Willi, Die Diagnose der Haematurie. *A. Seelig-Königsberg i. Pr.* 110

Hödlmoser, C., Tabes u. Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse von Bosnien

Seite

und Herzegewina. *A. Seelig-Königsberg i. Pr.* 528

Jacobson, L. S., Die geschlechtliche Enthaltsamkeit vor dem Forum der Medizin. *S. Prißmann-Libau* 529

—, *Nathan-Syracuse N. Y.*, Abdominal nephrectomie with illustrative cases *S. Blanck-Potsdam* 430

Javal et Widal, Cure de dechlorurationet albuminurie brightique. *Palm-Berlin* 232

Jores, Prof. L., Ueber die Arteriosklerose der kleinen Organarterien und ihre Beziehungen zur Nephritis. *Schwab-Berlin* . . 232

Kade, Kurpfuscherei und Geschlechtskrankheiten. *Steiner-Mannheim* 286

Kamptmeyer, Die Wohnungsmißstände im Prostitutions- und Schlafgängerwesen und ihre gesetzliche Reform. *Steiner-Mannheim* 285

Kaufmann, R., Ueber Styptol und seine Anwendung bei Blutungen der Harnorgane. *M.* 190

Keyes, E. L.-New-York, The need of sexual education. *S. Blanck-Potsdam* 433

—, The sexual necessity. *S. Blanck-Potsdam* 433

Klotz, Hermann G.-New-York, Intramuscular injections of insoluble preparations of mercury in syphilis. *S. Blanck-Potsdam* 432

Köhler, G., Ueber Hydrurie und Diabetes infolge von Piqûre. *Schwab-Berlin* 476

Kollmann five-glaß test, The. *S. Blanck-Potsdam* 238

Kornfeld, F., Zur Aetiologie und Klinik der Bakteriurie. *Straschnow-Prag* 190

— Dasselbe. (= Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien =). *A. Seelig-Königsberg i. Pr.* 518

Koßmann, Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechtsverkehr raten? *Steiner-Mannheim* 284

Kubinyi, P. von, Entfernung eines von Blasensteinen umgebenen Gänsekieles aus der Harnblase. *Schwab-Berlin* 111

Seite

Kubinyi, P. von, Gefährliche Blutungen aus den Harnwegen während d. Schwangerschaft (II. Univ.-Frauenklinik zu Budapest: Hofrat *Prof. Dr. Tauffer*). *Schwab-Berlin* 239

Kümmel, Zur Diagnose und Therapie der Nierentuberkulose. (= Vortrag im Hamburger ärztlichen Verein am 6. 12. 04. =) *Hans Schwerin-Berlin* . . . 384

Künzel, H., Ueber die Ausscheidung des Ghlors und des Stickstoffs bei Nephritis. *Schwab-Berlin* 470

Kutner, R.-Berlin, Zur Behandlung der unfreiwilligen Harnentleerung. *H. Pollock-Freiburg i. Br.* 236

Langen, Alfred, Kasuistische Beiträge zur Lehre vom Exhibitionismus. *M.* 194

Langstein, Beiträge zur Kenntnis des Diabetes mellitus im Kindesalter. (= Vortrag im Verein f. innere Mission in Berlin am 6. Febr. 05. =) *Hans Schwerin-Berlin* 324

Lichtenberg, Die Gestalt der menschlichen Harnblase im Röntgenbilde. *Steiner-Mannheim* 430

Lieven, Therapeutische Notizen zur Syphilisbehandlung. *Steiner-Mannheim* 194

Loeb, A. und *C. Adrian*, Rechtfertigt erhöhte molekulare Blut-Konzentration bei Nierenerkrankungen immer den Schluß auf Kranksein beider Nieren? (= Aus der Straßburger med. Klinik: *Prof. Naunyn.* =) *M.* . . . 234

Löhlein, M., Ueber Fettinfiltration und fettige Degeneration der Niere des Menschen. (= Pathol. Inst. zu Leipzig. =) *Schwab-Berlin* 317

Lommel, Ueber Pubertätsalbuminurie. *Goldberg - Köln - Wildungen* 516

Lörch, Wilhelm, Ueber die Tuberkulose des Harn- u. Geschlechtsapparates beim Weibe. (= Inaug.-Diss., München 1904.) *M.* . . 519

Löwenfeld, Ueber sexuelle Abstinenz. *Steiner-Mannheim* . . 193

Seite

Lucke, R., Zur Behandlung der Trippermetastasen des Mannes. *A. Seelig-Königsberg i. Pr.* . . 192
Ludwig-Frankfurt a. M. Zur Therapie der Leukoplakia urethralis. *Steiner-Mannheim* 110

Mankiewicz, O.-Berlin, Die Prostatahyperthrophie. (= Neuere Anschauungen über ihre Aetiologie und Behandlung. =) *H. Pollock-Freiburg i. Br.* 288
Mayer-Simmern, M., Intraperitonealer Blasenriß. Zerreißung und Abreißung des Bauchfells von der Blase. *Schwab-Berlin* 473
Ménétrier, M., Sur un cas de polynévrite blennorhagique terminée par la mort. *Palm-Berlin* 241
Miller, James Alexander, Nephritis complicating Mumps. *S. Blanck-Potsdam* 431
Miskhailoff, Un nouvel appareil pour la stérilisation des sondes en gomme. *Goldberg-Köln-Wildungen.* 525
Moritz, O., Zur Kenntnis der Eiweißkörper im nephritischen Urin. *S. Prißmann-Libau* . . 319
Mortier, Die spät auftretenden Erscheinungen der Prostatahypertrophie. *Immerwahr-Berlin* . 322
Moskalew, M. N.-Kiew, Experimentelle Ueberimpfungen von Gonokokken auf kleine Laboratoriumstiere und serotherapeutische Versuche. *M. Lubowski-Berlin-Wilmersdorf* 327. 328
Mosny, M., Polyarthrite puerpérale de nature gonococcique. *Palm-Berlin* 240
Moszkowicz und *Stegmann*, Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen. *Steiner-Mannheim* 427
Motz et Arrese, Note sur les vessies des prostatiques „sans prostate". *Goldberg-Köln-Wildungen* 522
— *et Bartrina*, Contribution à l'étude des abscés, périnéaux et des phlegmons diffus d'origine uréthrale. *Goldberg-Köln-Wildungen* 519
— *et Suarez*, Des hémorrhagies spontanées de la prostata. *Goldberg-Köln-Wildungen* 475

Seite

Müller, Beitrag zur Entstehung des sogenannten Verandageschwüres des Anus. *A. Seelig-Königsberg i. Pr.* 527
Mundorff, George Theodore-New-York, Report of a case of obstinate phosphatic diathesis cured by systematic dilatations of the posterior urethra. — *S. Blanck-Potsdam* 237
—, A Case of Horsehoe Kidney found During an Operation for Nephrectomy on the Cadaver. *Forchheimer-Würzburg* . . . 515
Narich, Bélisaire-Smyrna, Blennorrhagie et irrigations d'eau chaude. *Immerwahr-Berlin* . 478
Nikolich, G.-Triest, Ueber die verschiedenen klinischen Formen der Prostatahypertrophie und über ihre Behandlung. *Straschnow-Prag* 321
Nobl, G., Fehldiagnosen extragenitaler Primäraffekte. *Felix Block-Hannover* 63
—, Zur Abwehr der blennorrhoischen Infektion beim Manne. *A. Seelig-Königsberg i. Pr.* . 526
Notthafft, Albr. Freiherr von, Ueber scheinbar mit der Prostata nicht zusammenhängende, aber dennoch durch Prostatitis bedingte Schmerzen, nebst einigen Bemerkungen über chronische Prostatitis. *Forchheimer-Würzburg* 239

Orth, O., Kongenitale Lage und Bildungsanomalie der linken Niere. (= Univ.-Frauenklinik, Heidelberg. =) *Schwab-Berlin* 470

Patschkowski, K., Urotropin als Prophylacticum gegen Scharlachnephritis. (= Aus dem Charlottenburger Städt. Krankenhause. =) *E. Graetzer-Sprottau* 63
Petrenz, Max, Ueber multiple Adenombildung in Schrumpfnieren. *M.* 189
Pick, T., Ueber Hemianopsie bei Urämie. *Loeb-Köln* 233
Polletzer, C., Kreuzschmerz und Dysurie bei kranken Frauen. *A. Seelig-Königsberg i. Pr.* . . 191

Seite

Poly, Fritz, Bestimmungen der molekularen Konzentration des Blutes und des Urins bei doppelseitigen Nierenerkrankungen. (= Aus der Mediz. Klinik der Univ. Würzburg: *Dir. Geheimrat Prof. Dr. v. Leube.* =) *Hans Schwerin-Berlin* 234

Posner, C., Die Behandlung der Blasentuberkulose. (= Vortrag, gehalten in Gordone bei Gelegenheit der V. ärztl. Studienreise. =) *S. Prißmann-Libau.* 523

— und *L. Rapoport,* Prostatasekret und Prostatitis. Ein Beitrag zur Entzündungsfrage. *Hans Schwerin-Berlin* 324

Rademacher, E., Hodenretention u. Abdominaltumoren. *Schwab-Berlin.* 474

Raphael, Alexander, Ueber eine empfindliche Methode zum Nachweis von Gallenfarbstoff im Harn. *S. Prißmann-Libau* . . 318

Rapoport, L. und *C. Posner,* Prostatasekret und Prostatitis. Ein Beitrag zur Entzündungsfrage. *Hans Schwerin-Berlin* 324

Ravant, P. et Darré: Les réactions nerveuses au cours des herpes génitaux. *Palm-Berlin* . . . 241

Rebentisch, Die radikale Heilung der durch Prostatahypertrophie bedingten Harnverhaltung mittelst „Prostatectomia suprapubica totalis." *Steiner-Mannheim.* 428

Reiche, Paul, Ueber den Nachweis und die Bestimmung von Aceton und Acetessigsäure im Urin. *M.* 385

Reuß, v., Ein Fall von orthotischer Albuminurie im Anschluß an Nephritis. *Straschnow-Prag* . 188

Rille, H.-Leipzig, Ueber Phimosis acquisita. (= Klinischer Vortrag. =) *Forchhammer-Würzburg* 524

Röder-Berlin, Demonstration eines Myosarkoms der Blase. (= Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — Sitzung vom 11. Januar 1904. =) *H. Schwerin-Berlin* 515

Rosenbach, Fr., Zur pathologischen Anatomie der Gicht. (= Pathol. Institut zu Berlin. =) *Schwab- Berlin* 317

Seite

Rosenberger, Presence of Tubercle Bacills in the Urine of Patients suffering with Pulmonary Tuberculose. *A. Freudenberg-Berlin* 190

Rosenstein, P., Zur Prophylaxe der postoperativen Cystitis bei Frauen. (= Chir. Abtlg. des Krankenhauses der Jüd. Gemeinde zu Berlin. — Dirig. Arzt: *Dr. J. Israel.*) *Schwab-Berlin* 519

Rosnatowski, D. N., Beitrag zur Frage der totalen Exstirpation der Prostata. *M. Lubowski-Berlin-Wilmersdorf* 327

Rudeck, E., Nachweis des Harnzuckers durch kolorimetrische Bestimmung nebst Eiweißmessung. *M.* 238

Salge, B., Die Behandlung der hereditären Syphilis des Säuglings. *Grätzer-Sprottau* 527

Schenck, Benjamin R.-Detroit, Renal Hematuria of unexplained origin. Report of a case with cassation after Nephrotomy. *Rohleder-Leipzig* 520

Seelig, Ueber Aetherglykosurie und ihre Beeinflussung durch intravenöse Sauerstoffinfusionen. *M.* 517

Segalow, E., Zur Frage vom sogen. Diabetes insipidus. *S. Prißmann-Libau* 523

Senator, Ueber physiologische und pathologische Albuminurie. *Hans Schwerin-Berlin* . . . 235

Simonelli und *Bandi,* Ueber die Anwesenheit der „Spirochaete pallida" in sekundärsyphilitischen Manifestationen und über die zu ihrem Nachweis angewendeten Färbungsmethoden. *Steiner-Mannheim* . . . 432. 433

Smith, Andrew H.-New-York, The prophylactic value of normal marriage. *S. Blanck-Potsdam* 433

Sobel, Jacob-New-York, A case of syphilitic pseudoparalysis. *S. Blanck-Potsdam* 432

Stegmann und *Moszkowicz,* Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen. *Steiner-Mannheim* 427

Steinhardt, J., Kasuistische Mitteilungen. *Grätzer-Sprottau* . 233

Seite

Stejskal, Karl Ritter von, und *Edgar Axisa,* Ueber Veränderungen der Magensekretion bei einseitiger Nierenexstirpation. *H. Schwerin-Berlin* 516
Stern, R., Familiäre Enuresis nocturna. (= Aus der I. medizin. Klinik in Wien. =) *Grätzer-Sprottau* 516
Stolper, L.-Wien, Die Behandlung der Enuresis bei Mädchen. *A. Seelig-Königsberg i. Pr.* . 237
Straßburger, J., Der qualitative Nachweis des Zuckers im Urin. (Nach *W. S. Haines.*) *H. Pollock-Freiburg i. Br.* 191
Strauß, Arthur, Das Heroinum hydrochloricum als Anaphrodisiacum. *M.* 478
Ströhmberg, C., Die Abnahme der Gonorrhoe bei den Dorpater Prostituierten seit dem Jahre 1898. *S. Prißmann-Libau* . . 328
Strzyzowski, C., Eine praktische leicht ausführbare Harnprobe bei Diabetes. *S. Prißmann-Libau* 319
Studzinski, J. B., Beitrag zur Kenntnis der Wirkung der Essentia antimellini composita bei Diabetes mellitus. *Hans Schwerin-Berlin* 238
Stuertz, Eustrongylus gigas im menschlichen Harnapparat mit einseitiger Chylurie. *Goldberg-Köln-Wildungen* 523
Suarez et Motz, Des hémorrhagies spontanées de la prostata. *Goldberg-Köln-Wildungen* . . 475
Svoboda, Ein Fall von Hermaphroditismus bei einem Kinde. *Straschnow-Prag* 329

Thelemann, Ueber die Entkapselung der Niere. (Aus der Chirurg. Klinik und dem Patholog.-anatom. Institut der Univ. in Marburg.) *H. Schwerin-Berlin* 516
Thiemich, M., Ueber den Einfluß der Kalisalze auf die Eiweißausscheidung bei Nephritis. *Grätzer-Sprottau* 188
Thimm-Leipzig, Vasenol — eine neue Arznei —, Mittelgrundlage für Salben, Pasten und Injektionsflüssigkeiten. *(?)* . . . 330

Seite

Thumim, Leopold-Berlin, Pathogenese, Symptomatologie und Diagnose der Mündungsanomalien einfacher und überzähliger Ureteren beim Weibe. Nebst Mitteilung eines Falles von Cyste eines überzähligen Ureters. *Immerwahr-Berlin* 471
Tichomirow, P. J.-Kasan, Ueber einen Fall von multipler Neuritis syphilitischen Ursprungs. *M. Lubowski-Berlin-Wilmersdorf* 330
Tobler, L., Ueber funktionelle Muskelhypertrophie infolge exzessiver Masturbation. *Grätzer-Sprottau* 195

Unschuld, Noch eine Mitteilung über Balsamum peruvianum. *Steiner-Mannheim* 194
Urata, Tada, Experimentelle Untersuchungen über den Wert des sogen. Crédé'schen Tropfens. *Drucker-Stuttgart* 427
Uréthrite staphylococcique par coit „ab ore". (= Aus der med. Klinik in Nantes. =) *Palm-Berlin* 241

Vogel, Julius-Berlin, Die Prophylaxe und Abortivbehandlung der Gonorrhoe. *Immerwahr-Berlin* 477
—, Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der Nierenerkrankungen. *Immerwahr-Berlin* 323
Völker, Die Gestalt der menschlichen Harnblase im Röntgenbilde. *Steiner-Mannheim* . . 430

Wallerstein, J., Ueber die fistula urethrae penis congenita vera. *Schwab-Berlin* 325
Weber, A., Klinische Untersuchungen über febrile Albuminurie. (= Inaug.-Diss., Greifswald 1904. =) *Schwab-Berlin* 518
Widal et Javal, Cure de dechloruration et albuminurie brightique. *Palm-Berlin* 232

Zeuner, W.-Berlin, Neuere Mittel zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten. *Immerwahr-Berlin* 196

III. Allgemeines Sachregister.

Erklärung der Abkürzungen: O.-A. = Original-Arbeiten, — R. = Referat, — B. = Besprechung. Das * bedeutet: Zitiertes.

Abdomen und Pleura, Ergüsse in * 63.
Abdominal nephrectomy with illustrative cases R. 430.
Abolitionismus und Hygiene O.-A. 42.
Abortivbehandlung der akuten Gonorrhoe, Ueber den Wert der — * 14
— der Gonorrhoe mittels Albargin O.-A. 40
— der akuten Gonorrhoe, Zur — (Nach e. Vortr. i. d. Sitzg. des Vereins rhein.-westfäl. Dermatologen und Urologen). O.-A. 25.
Abortive Behandlung * 5.
—, Zur Frage der * 17.
—, Ueber * 17.
Abortivkuren * 5. 16.
Abortus * 120.
Abstinenz, sexuelle * 38.
—, sexuelle, Schädlichkeit der * 89.
—, Ueber sexuelle, von Löwenfeld R. 193. 194.
Abszesse * 11.
— der Drüse * 9.
Aceton und Acetessigsäure im Urin, Ueber den Nachweis und die Bestimmung von — von Paul Reiche, R. 384.
—, Neue Reaction zum Nachweis von —, samt Bemerkungen über Acetonurie R. 475.
Acidum camphoricum * 67.
— nitricum * 18.
Acromion * 56.
Actol * 6.
Adenombildung in Schrumpfnieren, Ueber multiple — von Max Petrenz, R. 189.
Adrenalin * 68. 220.
Adstringentien * 15.
Affektionen, gonorrhoische * 4
Agoraphobie * 409.
Albargin * 4. 6. 14. 27.
Albargin, Zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe mittels — O.-A. 40.
Albarginlösung * 19.
Albuminurie, Ein Fall von orthotischer, im Anschlusse an Nephritis von v. Reuß. — R. 188.
—, Febrile * 518.
—, Ueber physiologische und pathologische —, von Senator. — R. 235.
„Alkohol, Der", Vierteljahrszeitschrift * 123.
Alkoholismus, Chronischer * 122.
— und Morphinismus * 90.
— und Ehe * 123.
Allg. Wiener med. Zeitung * 166. 286.
Alumen ustum pulverisatum * 492.
Alumnol * 6.
Alypin * 466.
American Medizine * 190.
Amicus * 260.
— Blokusewski's, —* 386.
— „Sanitas-Oliven" * 386.
— Viro-Tuben * 386.
Amorkugeln * 196. 197.
Anästhesie der Geschlechtsorgane * 12.
Anästhesierung der Nieren und oberen Harnwege, Ueber die — O.-A. 184.
Anastomose * 66.
Anatomische Einleitung v. E. Zuckerkandl (Wien) * 336.
Aneson * 464.
Angulus penoscrotalis * 33.
Annales des Maladies des Organes Génito-Urinaires * 17. 83. 110. 475.
Antigonorrhoica * 14.
Antimerkurialisten * 51.
Antipyrin * 28.
Anus * 8. 526.
Anzeigepflicht, Ueber die — bei Geschlechtskrankheiten * 171.
Aorta bei Syphilis, Ueber die Veränderungen der — R. 476.
Aphrodite-Kultus * 45.
Apoplexie * 117.
Archiv für Dermatologie und Syphilis * 239. 302. * 412. 412.
— für Gynaekol. * 96. 96.
— f. Kinderheilkunde * 233.
— für Klinische Chirurgie * 331.
Archives de Med. et de Chir. * 22.
Argentamin * 6. 14. 27.
Argentum nitricum * 4. 5. 16. 19. 26.
— eosolicum * 6.
— nitr.-Injektionen * 15.
Argonin * 6. 14.
Arheol * 6.
Arhovin * 7. 114.
— als Antigonorrhoicum, Ueber die Anwendung des — O.-A. 113.
Arsenik * 477.
Arteriosklerose, Ueber die — der kleinen Organarterien und ihre Beziehungen zur Nephritis, von Prof. L. Jores, R. 232.
Art. iliaca interna * 8.
Arthritis, gonorrhoische, Bemerkungen über — O.-A. 21.
Aerzte-Ztg., Dtsche. * 166.
Asepsis, Die, in der Urologie — B. 338.
Asthemospermie * 73 78.
Asthenopie * 403.
Aszendierende Tendenz * 2.
Aetherglykosurie, Ueber — * 517.
Aetiologie und Prophylaxe der postoperativen Cystitis * 288.
Atlas der spez. patholog. Histologie von Prof. Herm. Dürck * 31.
Atonia prostatae * 99.
Atrabilin * 68.
Atrophie * 78.
— der Prostata * 73.
Attentats aux moeurs * 62.
Ausfluß, Blutiger * 12.
Ausführungsgänge der Drüsenräume * 13.

Auspinselungen * 27.
Ausspülungen mittelst antiseptischer Flüssigkeiten „post coitum." * 130.

Bakterien * 13.
—, Die, der gesunden und kranken Harnwege, von R. Kraus * 338.
Bakteriurie, Zur Aetiologie und Klinik der —, von Kornfeld, — R. 190. 518.
Balsamica * 6. 14.
—, Wirkungsweise der * 455.
Balsamum peruvianum, Noch eine Mittheilung über, von Unschuld, — R. 194.
Basedow'sche Erkrankung * 22.
Beck'sche Methode, Ueber die — der Hypospadie-Operation. — von C. Böttticher. (Aus der Chirurg.-Klinik d. Universität in Gießen. — Prof. Dr. Poppert.) R. 474. 475.
Becken, Schwere im, — 12.
Beckenverengerungen, Hochgradige * 95.
Bepinselung der Schleimhaut mit Jodtinktur * 36.
Bericht über den II. Kongreß der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechts-Krankheiten in München am 17. u. 18. März 1905. O.-A. 169.
Berlin's drittes Geschlecht von Magnus Hirschfeld. — B. 530.
Berliner Dermatologische Gesellschaft. (Vorsitz.: Lesser, Schriftführer: Bruhns.) R. 197. 198.
Berufsgeheimnis, Aerztliches und Geschlechts-Krankheiten * 171.
Beschränkung, Die künstliche der Kinderzahl als sittliche Pflicht * 89.
—, Willkürliche der Kinderzahl * 59.
Beschwerden im Darm * 12.
Bettruhe * 14.
Bibliothek, Moderne ärztliche, herausgegeben von Karewski, — * 111.
Bibliotheka Wratscha * 412.
Bier'sche Stauung * 7. 24.
Biologie des Gonokokkus * 4.
Blase, Die * 7. 12.
—, Die nervösen Erkrankungen der —, von Nothnagel * 226.
—, Neurose der * 72.
—, Myosarkom der, * 515.
— und Harnröhre, Die nervösen Erkrankungen der — von Frankl-Hochwart * 340.
Blasengeschwülste, Zur Therapie der —, von Leopold Casper (Berlin). R. 472.
Blasenlähmung * 117.
Blasenriß, Intraperitonealer, Zerreißung und Abreißung des Bauchfells von der Blase, — R. 473.
Blasenscheidenfistel, Über die Entstehung einer, — durch Unfall. Direktor der Univ.-Frauenklinik, Leipzig: Geh.-Rt. Zweifel. R. 473. 474.
Blasenschneider * 69.
Blasentuberkulose, * 523.
Bleiacetat * 15.
Bleiwasserumschläge * 25.
Blennorrhagie et irrigations d'eau chaude, — R. 478.
Blokusewski's „Amicus", * 386.
— Apparate * 252.
— Sanitas-Oliven * 109. 386.
— Viro-Tuben * 386.
— Tropfapparate „Samariter" * 261.
— Tropfkelche „Sanitas" * 257.
Blut-Konzentration, erhöhte, molekulare, bei Nierenerkrankungen, Rechtfertigt diese immer den Schluß auf Kranksein beider Nieren? R. 234.
Blutungen, Gefährliche aus den Harnwegen während der Schwangerschaft, v. P. v. Kubinyi. R. 239.
Blutungen im Gefolge der Massage * 78.
Bordellwesen. — von W. Hammer, 346. 457.
— von v. Notthafft, O.-A. 351. 461.
Borsalbenverband * 3.
Borshomer Mineralwasser, * 523.
Boß's Massage-Apparat für die Harnröhre * 84.
Bottini'sches (Freudenberg) Verfahren * 428.
— Operation * 245. 289.
Bougies * 10.
Braunfärbung des Urins * 63.
Brom * 143.
Bryson'sche Incisions-Methode * 521.
Bubonen, Die Behandlung der — nach der Poroszschen Methode O.-A. 302.
— und Absceße, Die Behandlung der — mit 2 bis 5 %igem Acid. nitr. * 302.
— Beitrag zur Behandlung der — * 307.
— Beitrag zur chirurg. Behandlung der — R. 192.
— Einige Worte über die chirurg. Behandlung der — * 302.
— Die Behandlung der — mit Cuprum sulfuricum * 302.
Bucco, Extr. folior. (Diosmal) * 7.
Bund deutscher Frauenvereine * 333.
Bund für Mutterschutz * 413.
Burney'scher Punkt * 382.

Cantas * 385.
Caput gallinaginis * 34.
Carbollösung, 3%ige * 24.
Catechu-Einspritzungen * 15.
Centralblatt, Dermatologisches * 19. 253. 254. 254. 254. 256. 558.
— für Gynäkologie * 111. 239. 470.
— für innere Medizin * 470.
Centralzeitung, Allgem. med. * 166.
Cervicitis * 117.

Chanteurs (Erpresser) — * 506.
Charlottenburger Städt. Krankenhaus, Aus dem, R. 63.
Chatelin'sche Methode * 385.
Chinae et quercus * 15.
Chinolinwismuthrhodanat * 6.
Chirurgie anatomo — clinique, Travaux de, (Voies uranaire, Estomo) * 241.
Chloraethyl * 25.
Chylurie, einseitige * 522.
Cleveland Medical Journal, The * 237.
Cocaïn * 36.
— -Lösungen, Subdurale, Einspritzungen von — * 67.
Cocainum nitricum * 16.
Coecalcondom * 131.
Coffeindosen * 92.
Coitus condomatus * 126.
— interruptus * 131.
—, Verdächtiger * 4.
Colibazillen * 67.
Colliculus seminalis * 397.
Collod. elasticum * 25.
Compressor prostatae * 79.
— Urethrae * 7.
Contrexéviller Mineralwasser, * 523.
Contribution à l'étude des abscèss * 519.
Cooper'sche Schere * 3.
Copaiva * 14. 15.
Copaivabalsam * 6.
Correspondenzblatt, Württ. Med. * 171.
Cortex-Einspritzungen * 15.
Cotarnin, Salzsaures Salz des — * 68.
Cowper'sche Drüsen * 244. 337. 519.
Crédé'scher Tropfen, Experimentelle Untersuchungen über den Wert der sogen. — R 327.
Cremasterreflex * 57.
Cristellen'scher Schleimstrang * 130.
Crurin * 6.
Cryptorchidism, A case of, von France, R. 189.
Cubeben * 6. 14.
Cuprargol * 6.
Cure de dechloruration et albuminurie brightique, von Widol et Javal, R. 232.
Cystitis * 21. 26.
—, Aetiologie und Prophylaxe der postoperativen — * 288. 519.
—, postgonorrhoische * 67.
—, tuberkulöse * 67.
— der Prostatiker * 67.
Cystititen * 67.
„Cystoryctes luis Siegel" * 450.
Cystoskop, retrogrades, Schlagintweit's * 69.
Cystoskope, The „as an aid in genitourinary surgery, R. 322.
Cystospasmus * 187.

Darf der Arzt zum außerehel. Geschlechtsverk. raten? — Noch einmal: — O. A. 412.
Darm, Beschwerden im * 12.
Defäkationsanomalien * 13.
Dekapsulation der Nieren, Edebohl's * 431.
Denigès'sches Reagens — * 384.
Denkschrift über die in Deutschland in Bezug auf das Bordellwesen bestehenden Verhältnisse und über seine sittlichen sozialen und hygienisch. Gefahren. Herausgegeb. v. Bunde Deutscher Frauenvereine. (Dresden 04.) B. 333.
Dermato und Venerologie, Beiträge zur Geschichte der von M. P. Manaßein (St. Pertersburg) * 467. 494. 537.
Dermatologie in Berlin, Die Entwicklung der, — von Paul Richter B. 335.
Desinfektionsversuche an Gonokokken, Ueber — * 251.
Detritus * 35.
Detrusoren, Spasmus der * 72.
Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, — * 44. 47. 49.
Diabetes * 121.
— Eine praktisch leicht ausführbare Harnprobe bei —, v. C. Strzyzowski R. 319.
— mellitus * 95.
— insipidus, * 523.
— Zur Prognose des —, von Hirschfeld. R. 323.
— Ueber die Behandlung des mit dem Geheimmittel „Djoeat" (Bauer) von Max Dapper R. 326.
— im Kindesalter, — Beiträge zur Kenntnis der — von Langstein, R. 324.
Diagnostik, Praktische, v. Kühnemann * 377. 384.
Diät, blande abführende * 14.
Diathese, harnsaure * 523.
Diday'sche Instillationen * 14
Digitalis * 92.
Digitaluntersuchung * 11.
Dilatator * 34.
Dilatatorium mit Spülvorrichtung * 3.
Dilation der Vorhaut, Unblutige systematische * 3.
Diosmal, Extr. folior. Bucco * 7.
Diphenylamin * 114.
Dirnen * 149.
Dissertat. Moskauer, * 327.
„Djoeat" (Bauer) von Max Dapper R. 326.
Druckspülungen, Kutner'sche * 7.
Drüschen, Littré'sche * 156.
Drüse in „Toto", Entfernung der — * 7.
— Erhöhte Lebenstätigkeit der * 13
— hypertrophische * 71.
— Reine Stauungen in der — * 11.
— Turgescenz der * 13.
— Wiederkehr der — zur normalen Funktion * 13.
Drüsen * 9.
— Cowper'sche * 337. —
— Littré'sche * 33. 34. 35. 337.

Drüsen, Ausführungsgänge der * 13.
— -Gewebe, Hyperplasie der — * 7.
— -Nerven, Kräftigung und Wiederbelebender—*13.
— -Räume, Direkte mechanische Entleerung d. — * 13.
Durchspülung der vorderen Harnröhre * 5.

Earlet'sches Occlusivpessar * 445.
Edebohl's Dekapsulation der Nieren * 431.
Ehe und Alkoholismus — * 123.
— und Krankheiten B. 111.
—, Die hygienische Bedeutung der — B. 111.
—, Reformierung und Moralisierung der — * 64.
Einfachheit der Behandlung * 14.
Eingelagerte und eingegesackte Steine B. 331.
Einreibung mit grauer Salbe * 25.
Einreibungskur, Neißer's * 51.
Einspritzungen mit Catechu * 15.
— mit Cortex * 15.
—, subdurale von Cocainlösungen * 67.
Eiweißkörper, Zur Kenntnis der — im nephritischen Urin, von O. Moritz R. 319.
Elephantiasis Arabum * 31.
Ellbogen- oder Fußgelenk-Verwachsung, knöcherne * 23.
Endokarditis * 4.
Endometritis * 117.
Endoskop * 32, 35.
Endoskopie, Zur Technik der — (von Hans Pollock-Freiburg i. Br.) Mit einer Abbildung. O.-A. 154.
Enthaltsamkeit, geschl. * 529.
Enthaltsamkeitsstörungen, O.-A. 506.
Entzündungen der Schleimbeutel * 4.
— der Sehnen * 4.
— der Sehnenscheiden * 4.
— des Periostes * 4.
— der Knochen * 4.
— der Nerven * 4.
— der Nervenzentren * 4.
Entzündungsfrage, — von C. Posner u. L. Rapoport R. 329.
Enuresis * 143.
—, Die Behandlung der, mit epiduralen Injektionen, von Alfr. Götzl R. 190.
— bei Mädchen, Die Behandlung der — von L. Stolper-Wien R. 237.
— nocturna * 67. R. 516.
Eosolicum * 19.
Epidermisierung * 31.
Epididymitis * 26.
—, gonorrhoische * 66.
Epilepsie * 122.
Epirenan * 68. 464.
— -Alypinlösung * 466.
Epispadie, weibliche. R.520.
Epitheliom * 63.
Epithelwucherung * 20.
Eretismus genitalis * 397.
Erkrankungen, sexuelle, besonders Syphilis als Indikation für fakultative Sterilität * 97.
Erpresser (Chanteurs) — * 506.
Erreur de Sexe, (Ein Fall von irrtümlicher Geschlechtsbestimmung) O.-A. 53.
Erwiderung auf Grosse's Arbeit „Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten", von Blokusewski (Niederbreisig) O.-A. 315.
Erythemformen * 4.
Erythrozyten * 63.
Esbach'sches Reagens * 319.
Essay on the prinziple of population * 60.
Essentia antimellini composita bei Diabetes mellitus —, von J. B. Studzinski R. 238.
Essigsäure * 36.
Esterifizierung der Phenole mit aromatischen Säuren * 114.
Eustrongylus gigus R. 522.
Excochleatio der Vorsteherdrüse * 8.
Exhibitionismus, Kasuistische Beiträge zur Lehre vom — von Alfred Langen R. 194.
Expression * 10.
— und Massage * 76.
Extract hydrastis canadensis * 66.
Extractum Kawa-Kava * 7.
— Pichi-Pichi * 7.
— Folior. Bucco (Diosmal * 7.
Exstirpation der Prostata, Beitrag zur Frage der totalen —, von D. N. Rosnatowski R. 327.
Exzemen in venere " 70.

Fecondité von Zola * 310.
Fédération absolitionistique * 351.
Federkielpinsel * 27.
Fehldiagnosen extragenitaler Primäraffekte R. 63.
Fehling'sche Lösung.* 475.
Feibes „Protektor" * 256.
Feleki, modifizierter * 76.
Fettinfiltration, Ueber, und fettige Degeneration der Niere des Menschen, von M. Löhlein, R. 317.
Finger, (Zeigefinger) * 9.
— (Mittelfinger) * 9.
Fischer'sche Osazonprobe * 324.
Fistula urethrae penis congenita vera, Ueber die — von J. Wallerstein R. 325
Flasche „Simplex" zu Injektionen bei Gonorrhoe * 395.
Flüßigkeiten, antiseptisch. —, Ausspülung. mittelst, „post coitum" * 130.
Folia Bucco conc. * 21.
Formalin * 109.
Fossa navicularis * 28.
Fournier'sche Behandlung * 120.
Frage, Die sexuelle, von Forel * 426.

Frauen, Die, auf lava, eine gynaekologische Studie * 125.
Frauengesundheit und Männersittlichkeit, von Alfred Sternthal, B. 436.
Frauenproteste * 251.
Frenulum * 4.
Frühgeburten * 120.
Fußgelenk * 24.

Gallenfarbstoff im Harn, Ueber eine empfindliche Methode zum Nachweis von, — von Alexander Raphael, — R. 318.
Gangrän * 8.
Gardasee als klimat. Kurort, * 524
Gazette médicale de Paris * 315.
Geburtshilfe, Lehrbuch der — von Zweifel * 91.
Gehirn, Druck im — * 12.
Geisteskrankheiten * 122.
Gelenkentzündungen, Gonorrhoische * 7.
Gelenkrheumatismus * 22.
Genitalsphäre, Erkrankungen der weiblichen — * 411
— Von Chrobak * 446.
Geschlechtsbestimmung, Ein Fall von irrtümlicher —, (Erreur de sexe.) O.-A. 53.
Geschlechtsfunktionen, Physiologie der männlichen, von Sigm. Exner B. 337.
Geschlechts- u. Harnapparat beim Weibe. R. 518.
Geschlechter, Koedukation der — * 40.
Geschlechtskrankheiten und ärztliches Berufsgeheimnis * 171.
—, Die Bekämpfung der * 64.
—, Die Entwickelung der persönlichen Prophylaxe der — R. 109. * 16.
— und Kurpfuscherei, — von Kade, R. 286.
— Neuere Mittel zur Verhütung der — von W. Zeuner (Berlin), R. 196.
Geschlechtskrankheiten, Zur Prophylaxe der, spez. des Trippers — * 258.
—, Prophylaxe der * 253. 254. 256. 258.
— do., Ein statistischer Beitrag zur — * 254. 256.
—, Zur Verhütung der * 258.
—, Schutzmittel gegen, — von Otto Große (München), O.-A. 250.
—, do. Erwiderung auf diese Arbeit, von Blokusewski (Niederbreisig a. Rh.), O.-A. 315.
—, Entgegnung hierauf — von O. Große (München) O.-A. 491.
—, Ueber die Anzeigepflicht bei — * 171.
Geschlechtsorgane, Anästhesie der — * 12.
—, Parästhesie der — * 12.
Geschlechtsverkehr, außerehelicher, Darf der Arzt zu solchem raten? * 89.
—, Noch einmal: „Darf der Arzt zum a.-e. G. raten?, von Max Marcuse (Berlin), O.-A. 412.
—, von Hirsch, R. 284.
—, von Koßmann, R. 284.
—, illegit., Die Empfehlung des — seitens des Arztes ist unzulässig, von Prof. Benninghoven (Berlin). (Erwiderung auf Max Marcuse's Schrift: Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechtsverkehr raten?) O.-A. 355.
Gesellschaft, Deutsche, zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten * 3. 38. 44. 47. 49. 460. 462.
—, do. — Bericht über den II. Kongreß in München, den 17. u. 18. März 1905. O.-A. 169.
—, do. — Epilog zum II. Kongreß der, — am 17. u. 18. März 05 in München, O.-A. 267.
—, Deutsche, für Gynäkologie, Verhandlungen der — (10. Versammlung in Würzburg am 3.—6. Juni 1903, B. 288. 289.
Gesellschaft „Viro" * 130.
Gicht, Zur patholog. Anatomie der, — R. 317.
Glans * 3. 26.
Gleitmittel und Katheter, Ueber * 227.
Glykuronsäure * 114.
Glykuronsäureausscheidung, Ueber die Einwirkung der — auf die Acidose, von Julius Baer, R. 238.
Gonokokken * 5.
—, Ueber Desinfektionsversuche an — * 251.
—, Ueber die Widerstandsfähigkeit der — * 251.
Gonokokkensepsis der Neugeborenen, Ueber — von C. Brehmer, R. 192. 193.
Gonokokkus, Biologie des — * 4.
—, Neißer'scher * 22.
Gonorol * 6.
Gonorrhoe * 252.
—, Die Abnahme der — bei den Dorpater Prostituierten seit dem Jahre 1898 —, von C. Ströhmberg, R. 328.
—, . Chronische, Die Behandlung der — * 82.
—, Chronische, der männlichen Harnröhre, von Prof. F. M. Oberländer und Prof. A. Kollmann, * 156. B. 386. 387. 388.
—, Die Flasche „Simplex" zu Injektionen bei —, von Artur Strauß (Barmen), O.-A. 394.
— bei der Frau, — Die präventive Behandlung der — * 454.
—, Die interne Behandlung der * 14. 21.
—, Ueber den Wert der Abortiv-Behandlung der akuten — * 14.
— Zur Abortivbehandlung der — nach Blaschko. R. 527.
— des Mannes, Ueber neuere Mittel und Methoden zur Therapie und Prophylaxe der — * 264.
— -Prophylaxe * 16.

Gonorrhoe, Die Prophylaxe und Abortivbehandlung der —, R. 477.
—, Prophylaktische Behandlung der — * 4.
—, Die, der Prostituierten — von Baermann, * 281.
—, Subakute * 78.
—, Ueber die Anwend. der Silberpräparate (speziell der modernen) bei der — O.-A. 14.
—, Ueber die Behandlung der — mit Gonosan * 185.
—, Ueber den Wert der modernen Instillationsprophylaxe der — * 16.
—Von R. de Campagnolle. R. 282. (Berichtigung) * 317.
—, Zur Abortivbehandlung der — mittels Albargin, O.-A. 40.
—, Akute, Zur Abortivbehandlung der — (Nach e. Vortr. i. d. Sitzg. des Vereins rhein.-westfäl. Dermatologen und Urologen), O.-A. 25.
—, Zur Behandlung der — (von Julian Marcuse-Mannheim), O.-A. 163.
Gonorrhoespritzen, neue * 14.
Gonorrhoische Affektionen * 4.
— Infektion * 4.
— Gelenkentzündungen * 7.
Gonorrhoismus * 22.
Gonosan * 6. 21. 42. 88. 164. 186.
— in Kapseln * 368. 369.
—, Klinischer Beitrag zur Kenntnis der therapeutischen Wirkung des, — von Ferrucio Paßarelli, O.-A. 367.
—, Ueber die Behandlung der Gonorrhoe mit —, von Boß * 185.
Goodfellow's Incisions-Methode, * 521.
Grandidier'sche Untersuchungen * 121.
Grünfeld'scher Tamponträger * 155.
Gummi Kino * 15.
Gundelach'sche Röhren — * 428.
Guyon'sche Instillationen * 14
— Instillationsvorrichtung * 18.
Guyon'scher Katheter * 117.
— Kapillar-Katheter * 223.
— Knopfkatheter * 27.
— Myomtheorie * 7.
Gynochrysma * 454.

Haarfeder-Kielpinsel * 18.
Haarkur, Laßar'sche * 161.
Haarschwund, Ursachen u. Behandlung des —, v. Jeßner, — B. 485.
Halbmonatsschrift f. Haut- und Harnkrankheiten * 237.
Hamburger Aerztl. Verein, Vortrag im * 384.
Hämatogen, Hommel'sches * 445.
Haematurie, Die Diagnose der — R. 110.
Hämophilie * 121.
Handbuch, klinisches, der Harn- und Sexualorgane * 82.
Handbuch der praktischen Medizin, von Ebstein u. Schwalbe * 226.
Handbuch der Therapie innerer Krankheiten, v. Penzoldt und Stintzing — * 227.
Harn, Blutiger * 12.
—, Ueber eine empfindliche Methode z. Nachweis von Gallenfarbstoff im —, v. Alex Raphael R. 318.
—, Chemische Untersuchung des — von J. Mauthner, B. 337.
— -absonderung, Physiologie der, von H. Köppe 336. 337.
— -beschwerden * 214.
— -blase, Entfernung eines von Blasensteinen umgebenen Gänsekiels aus der — R. 111.
— -organe, die Krankheiten der * 226.
Harn und Sexualorgane. Klinisches Handbuch d. — * 82.
— -blase, Die Erkrankgn. der — von O. Zuckerkandl, B. 340.
— — , Die Gestalt der männlichen, im Röntgenbilde R. 430.
— blase, Die Krankheiten der — von P. Güterbock * 226.
— — von Ultzmann * 227.
— -blase und Prostata, Klinik der Krankheiten der, von Guyon-Mendelsohn * 227.
Harnblasenwunde beim hohen Steinschnitt — von P. A. Baratynski, R. 320.
Harnentleerung, Zur Behandlung der unfreiwilligen —, von R. Kutner-Berlin, R. 236.
—, Ueber die Störungen der, bei Prostatahypertrophie, von Güterbock * 227.
Harn- und Geschlechtsapparat beim Weibe, R. 518.
Harninkontinenz, Behandlung der essentiellen nächtlichen — nach der epiduralen Methode, — von Cantas. — R. 385.
Harnkrankheiten, Diagnostik der — von C. Posner * 226.
—, Therapie der — * 80.
Harnleiter und Nieren, Die Verletzungen u. chirurgischen Erkrankungen der — von Paul Wagner, — B. 339.
Harnprobe b. Diabetes, Eine praktisch leicht ausführbare, — von C. Strzyzowski, — R. 319.
Harnröhre, Boß'scher Massage-Apparat für die. — * 84.
Harnröhre und Blase, Die nervösen Erkrankungen der — v. Frankl-Hochwart, B. 340.

Harnröhre, Durchspülung der vorderen — * 5.
—, Keratosis der — O.-A. 30
—, männliche, Die chron. Erkrankung der — * 82.
—, männliche, Die chron. Gonorrhoe der * 300.
—, männliche, Chronische Gonorrhoe der — B.* 386. 387. 388.
—, Die Striktur der — v. L. Dittel * 227.
—, Ueber Massage der — mit 3 Abbildungen, O.-A. 83.
— -innern, Die Photographie des — von Prof. A. Kollmann, B. * 388.
—, -stricturen, — v. Christen — R. 527.
Harnsegregatoren * 69.
Harnsteine, Ueber, B. 331.
Harnverhaltung, die chronische — von R. Lucke * 226.
—, Die radikale Heilung der durch Prostatahypertrophie bedingten — mittelst „Prostatectomia suprapubica totalis", v. Rebentisch. — R. 428.
—, Ueber — v. Karl Ries-Stuttgart, O.-A. 211.
— ———— R. 530.
—, Ueber chronische, von J. Englisch * 226.
Harnwege, Die Krankheiten der, — v. H. Thompson * 227.
—, obere und Nieren, — Ueber die Anästhesierung der, — O.-A. 184.
—, Die Bakterien der gesunden und kranken, — v. R. Kraus, B. 338.
Harnzucker-Nachweis nebst Eiweißmessung, von E. Rudeck, — R. 238. 239.
—, Ueber quantitative Bestimmung des — unter besonderer Berücksichtigung der jodometrischen Zuckerbestimmung, R. 475.
Harris' Separator * 189.
Haße-Mensinga'sches Occlusivpessar * 127. 445.
Hautkranken-Station des Städt. Krankenhauses in Frankfurt a.M., Aus der —, Oberarzt; Herxheimer, * 385.
Haut- und Nierentätigkeit, R. 517.
Heißluftapparate * 24.
Helmitol * 67.
Hematuria as a symptom of Hydronephrosis, Nephrectomy Cure von L. Bolton Bangs-New-York R. 189.
—, Renal, R. 520.
Hemianopsie, Ueber — bei Urämie, v. T. Pick, — R. 233.
Herba equiseti * 21.
Heridität, alkoholische, b. Kinderkrankheiten * 123.
Hermann'sches Occlusivpessar * 129.
Hermaphroditismus bei einem Kinde, — Ein Fall von, — v. Svoboda, — R. 329.
—, Ein seltener Fall von, — v. Dr. Magnus Hirschfeld, O.-A. 202.
Heroinum hydrochloricum * 66.
————, Das, als Anaphrodisiacum R. 478.
Herpes progenitalis * 397.
Herzfehler, welche zur fakultativen Sterilität Veranlaßung geben * 90.
Herzklappen * 22.
Hetralin * 67.
Hirn * 51.
Histologie, Atlas der speziellen pathologischen, v. Prof. Herm. Dürck * 31.
Hochschule, Techn. i. Charlottenburg, Studierende der — * 334.
Hoden * 12.
— und deren Adnexe, Zur Therapie der Erkrankungen der — * 73.
Hodenexstirpation * 66.
Hodenretention und Abdominaltumoren, — von E. Rademacher, Inaug.-Diss., Halle 1904, R. 474.
Hodge-pessar * 127.
Hohlkugeln * 129.
Höllenstein-Instillationen, prophylaktische * 16.
Hommel'sches Hämatogen * 445.
Homosexualität und Prostitution, Ueber, — von Wilh. Hammer, Berlin, O.-A. 506.
Homosexuellen, Das Ergebnis der statistischen Untersuchungen über den Prozentsatz der — von Magnus Hirschfeld, B. 333
Honey-Jelly, altbekanntes englisches Schutzmittel * 265.
Horsehoe Kidney, a case of., R. 515.
Hydrargyrumoxycyanidlösungen * 18.
Hydrargyrum salicylicum * 49.
Hydrastis * 143.
Hydrogen superoxid, * 492.
Hydrops * 24.
Hydrurie und Diabetes, Ueber, — bei Vögeln infolge von Piqûre, R. 476.
Hygiene und Abolitionismus, O.-A. 42.
—, Sexuelle, in der Ehe, von Fürbringer. (Aus Krankheiten und Ehe) — * 127.
Hygienische Abteilung, — Deutsche auf der letzten Ausstellung in Paris *310.
Hyperästhesie * 12.
—, allgemeine der Prostata * 72.
Hyperleucozytose * 165.
Hyperplasie des Drüsengewebes * 7.
Hypertrophia glandularis * 8.
Hypertrophie, diffuse * 7.
Hypertrophien, Myomatöse * 79.
Hypnospadie * 42
Hypophosphit * 143.
Hysterie * 122.

Ichthargan * 4. 6. 14. 19.
Ichthyol-Klystiere mit der Oidtmann'schen Spritze * 72.
Imervol'sche Spritzkur, — * 528.
Implantation des Uretes * 288.
Impotentia cœundi * 398.
— virilis * 66.
Inaugural-Dissertationen: Bonn 1903 * 194.
— Gießen 1904 * 476.
— Leipzig 1904 * 384.
— München 1904 * 470.
— Straßburg 1904 * 325.
— Tübingen 1904 * 472.
— Würzburg 1903 * 189. 239.
Inchordation * 371.
Incisor * 8.
Incisura thyreoidea * 56.
Incontinence nocturne d'urine, — Sur une nouvelle variété d'— von M. Bazy. R. 236.
Incontinentia urinae * 66.
Indicatio causalis * 92.
Indigkarmininjektion * 69.
Indikation, absolute für Neomalthusianismus — * 95.
— zur fakultativen Sterilität * 95.
Infektion, blennorhoische, beim Manne. R. 526.
—, geschlechtl., Der persönliche Schutz vor, — von Feistmantel-Budapest. R. 385.
—, Gonorrhoische * 4.
Infektionskrankheiten, Schwere, wie Tuberkulose und Syphilis * 119.
Injectio composita, Form. Magistr. * 42.
Injektionen v. argentum nitr. * 15.
—, epidurale, von physiologischer Kochsalzlösung * 67.
Injektionen, Ueber. R. 524.
— bei Gonorrhoe, Die Flasche „Simplex" zu —, von Artur-Strauß-Barmen. O.-A. 394.
—, prolongierte Neißer'sche * 14.
Instillationen:
— Diday'sche * 14.
— Guyon'sche * 14.
— in die „pars posterior urethrae" * 68.
—, prophylaktische von Höllenstein * 16.
Instillationsprophylaxe der Gonorrhoe, — Wert der modernen (Berichtigung) * 317.
— v. R. de Campagnolle R. 282. 283. 284.
— der Gonorrhoe, Ueber den Wert der modernen * 16.
Instillationsvorrichtung, Guyon'sche * 18.
Institut, Pathol. zu Berlin * 317.
— zu Greifswald * 323.
— zu Leipzig * 317.
Insuffizienz, Senile * 7.
Intramuscular injections of insoluble preparations of mercury in syphilis, von Hermann G. Klotz-New-York. R. 432.
Intrauterinpeßare * 129.
Iritis * 4. 23.
Irritation der Urethra * 5.
Itrol * 6. 14.

Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen von Magnus Hirschfeld. — B. 334. 335.
Janet'sche Methode * 243. 526.
— Spülungen * 7. 14. 17. 18. 26. 88. 115. 463. 526.
Jod * 477.
Jodfersan bei Lues, Ueber — von Prof. Benninghoven-Berlin, O.-A. 157.
Jodipin, 25 % ig * 24.
Jodipininjektionen * 25.
Jodkali-Klystiere mit der Oidtmann'schen Spritze * 72.
Jodtinktur * 36.
Journal für medizinische Chemie und Organotherapie, (St. Petersburg 1905) * 480.
Judenkrankheit, Die (die Zuckerkrankheit), von Wilh. Sternberg, B. 246.
Kaiserschnitt * 95.
Kali, harzsaures * 165.
Kalipermanganatlösungen * 18.
Kalisalze, Ueber den Einfluß der — auf die Eiweißausscheidung bei Nephritis. R. 188.
Kalium hypermanganicum * 26.
Kal. permangan. * 5. 20. 167.
Kalomel (Kalomelol), Ueber lösliches — von Galewsky, — R. 193.
Kamphersäure, Ueber — R. 526.
Karewski's moderne ärztliche Bibliothek * 111.
Kasernierung der Prostitution * 172.
Kastration, doppelseitige * 8.
Kasuistik der Penisverletzungen, Zur —, von W. v. Grot. R. 320.
Kataplasmen * 24.
Katheter, Guyon'scher * 117. 223.
—, Die keimfreie Aufbewahrung weicher und halbweicher —, von Berthold Goldberg (Köln) R. 237.
—, mit Wachs bezogene (Kelly'sche Methode) * 322.
—-Fieber R. 526.
— und Gleitmittel, Ueber * 220. 227.
Katheterismus, aseptischer * 3.
Kava * 185.
Kawa * 185. 185.
Kawaformtabletten * 7.
Kawahin * 368.
Kawa-Kawa * 164.
—-Extractum * 7.
Keimplasma * 118.
Keimstock, atrophischer * 58.
—, hodenartiger * 58.
Kelly'sche Methode * 322.
—'sches Proktoskop * 427.
Keratosis der Harnröhre O.-A. 30.
— schwere Formen der * 34.
— der Urethra * 31.
Kinderschutz * 149.

Kinderzahl, Die künstliche Beschränkung der — als sittliche Pflicht * 89.
Kino-Injektionen * 15.
Klinik, Allgem. med. der Kgl. Univ. Palermo * 470.
—, in Königsberg i. Pr. * 496.
— für Haut- und Geschlechtskranke in der Neuen Charité in Berlin, Prof. Leßer — * 497.
—, Berliner (Heft 187, S. 2 ff.) * 465.
—, Die Deutsche am E. d. z. J. 146. Liefg. * 431.
—, Medizinische * 287.
—, Medizinische 1905, No. 4 * 472. 476.
—, Medizinische der Krankheiten der Niere und des Nierenbeckens, von Mannaberg. B. 339.
Klystiere — mit der Oidtmann'schen Spritze, von Ichthyol * 72.
— von Jodkali * 72.
— von Salzwasser * 72.
Knieellenbogenlage * 10.
Knochen * 51.
—, Entzündungen der * 4.
Knorpel * 51.
Kochsalzlösung, physiolog., Epidurale Injektionen von — * 67.
Koedukation der Geschlechter * 40.
Kokkus, Toximen des * 4.
Kollargol * 430.
Kollmann five — glass test, The, von G. Th. Mundorff (New-York) — R. 238.
Kollmann'sche Instrumente * 238. 243.
Koma diabetikum, Ein Beitrag zur Lehre vom — als Säureintoxikation, von Karl Bartscht R. 323.
Komitee, Wissenschaftl.-humanitäres * 334.
Kongestion, glanduläre, Bekämpfung der — * 13.
Kongestionszustände * 12.
Kongreß, Internationaler zur Bekämpfung der Tuberkulose * 93.
Königsberger Klinik * 496.
Konstitutionskrankheiten, Schwere, wie Diabetes * 121.
— und Ehe * 121.
Kontrollmädchen, Zehn Lebensläufe Berliner, — von Wilh. Hammer (Berlin) (Bd. 23 der Großstadt-Dokumente, Berlin) * 460.
Konzentration des Blutes und des Urins bei doppelseitigen Nierenerkrankungen, Bestimmungen der molekularen, von Fritz Poly. R. 234.
Krankenpflege, Die, Zeitschrift * 256. 258.
Krankheiten, Die venerischen, in der Garnison Metz, — von Müller-Metz * 451.
— und Ehe. B. 111.
— und Ehe — von Kaminer * 94.
—, geschlechtl., Ein statistischer Beitrag zur Prophylaxe der — * 16.
Krebs * 79.
Kreuzschmerz und Dysurie bei kranken Frauen, von C. Polletzer. R. 191.
Kryoskopie * 69.
—, Die wissenschaftlichen Grundlagen der — in ihrer klinischen Anwendung. B. 111.
Krypten, Morgagni'sche * 33. 35.
Kryptorchismus, doppelseitiger * 58.
—, Zur operativen Behandlung des, — von A. Hermann. R. 326.
Kunstbuch, — von Otto Mankiewicz. B. 198.
Kurorte für Blasenleidende: Madeira—Gardasee * 524.
Kurpfuscherei und Geschlechtskrankheiten, von Kade. R. 286.
Kurpfuschertum, Unterdrückung des — * 3.
Kutner'sche Druckspülungen * 7.
Lagerung bei der Untersuchung * 10.
Lageveränderungen des Uterus, Künstliche Hervorbringung von — * 125.
Lancet, The * 315. 411.
Landstreicher * 149.
Lanolin, Liebreich'sches * 87.
Largin * 6. 14. 27.
Laßar'sche Haarkur * 161.
Lavage of the renal pelves in the treatment of Bright's disease, von Winfield Ayres (New-York. R. 431.
Lebensversicherung und Syphilis, v. A. Blaschko-Berlin. R. 286.
Lecithin * 427.
Le Fort'scher Metallkatheter * 220.
Lehrbuch der Geburtshilfe, von Zweifel * 91.
— der inneren Krankheiten von Mering * 384.
Leinsamenthee * 21.
Leipziger Universitätsklinik, Prof. Riehl * 539.
Lepra * 22. 43.
Lesbierinnen * 508. 509. 510. 511.
Leukoplakia urethralis, Zur Therapie der — R. 109.
Leukozyten * 29. 63.
Leven, Het — in Nederlandsch Indie, von Vedt * 126.
Libido sexualis * 61. 251.
Lichtheilverfahren, Das, bei chronisch. Gonorrhoe * 7.
Liebreich'sches Lanolin * 87.
Littré'sche Drüsen * 33. 34. 35. 156. 337. 519.
Lokalanaesthesie, Die — in Blase und Harnröhre. O.-A. 463.
Lues * 53. 79. 120.
—, Ueber Jodfersan bei — (von Prof. Benninghoven-Berlin). O.-A. 157.
— spinalis, Beitrag zur Casuistik der. R. 529.
Lumbosakralteil * 23.
Lungenleiden, schwere * 92.
Lymphangitis * 25.
Lymphgefäße * 4.

M. detrusor vesical uriariae * 395.
Madeira als Kurort für Blasenleidende * 524.
Magensekretion. R. 516.
Mamillae * 56.
Männersittlichkeit und Frauengesundheit, von Alfred Sternthal. B. 436.
Manubrium sterni * 56.
Massage der Harnröhre, Ueber — Mit 3 Abbild. O.-A. 82.
— der Prostata und der Samenblasen, Ueber — O.-A. 9.
—, Rektale der Prostata * 9.
— der Samenblasen * 9.
—, urethrale * 84.
Massage-Apparat für die Harnröhre * 84.
Masturbation * 70. 133.
Medical News * 19. 123. 189. 237. 322. 430. 432.
Medical Record * 189. 238.
Medikamente, Schäffer'sche „vergleichsweise Zusammenstellung der wirksamsten antigonorrhoischen M." * 263.
—, Wirksamste antigonorrhoische * 252
Medizinalzeitung, Deutsch. * 164. * 166. * 190. * 238. * 254.
Medizin. Klinik * 191.
Medizinische Woche * 17.
Membranacea * 34.
Mensinga-Haße'sches Occlusivpessar * 93. 127.
Meßinger - Huppert'sche Methode * 384.
Metallarbeiter, Berl. * 334
Metalle, Die elektro-katalytische Kraft der — von H. Schade-Kiel. — B. 478.
Metaplasie * 31.
Methode, Kelly'sche * 322
Metlachowski's System * 503.
Metylenblau * 67.
Meyer'scher Ring * 128.
Mikroorganismen, Handbuch der pathogenen * 252.
Mineralwasser: Contreville, Borshom oder Vichy * 523.
Mitteilungen, kasuistische, von J. Steinhardt. R. 233.
Mitteilungen, St. Petersburger, (S. Petersburgskija Wjedomosti) * 480.
Mittel, Anwendung von, die Befruchtung bekämpfenden * 61.
— baktericide * 5.
— Neomalthusianische — * 124.
Mittellappen * 7.
Monatsberichte, Urolog. — * 109. 233
Monatshefte für praktische Dermatologie * 17. 17. 18. 83.
— Therapeutische * 63. 83. 385.
— für Urologie * 18. 19.
Monatsschrift für Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene * 17. 19. 21. 165. 291.
— für Kinderheilkunde * 188. 195.
— für Unfallheilkunde 03, No. 12 * 473.
Moral restraint * 60.
— Sexuelle B. 64.
Moralisierung und Reformierung der Ehe * 64.
Morgagni'sche Krypten — * 33. 35.
Morphinismus und Alkoholismus * 90.
— Chronischer * 122.
Münchener med. Wochenschrift * 17. 18. 63. 109. 166.
Muskelatrophie * 4.
Muskelhypertrophie, Ueber funktionelle, infolge exzessiver Masturbation, — von L. Tobler. R. 195.
Mutterrecht, Frauenfrage u. Weltanschauung * 415.
Mutterschutz, Zeitschrft für sexuelle Reform. * 412. 413.
Mutterschutz und Arzt — * 415.
Myelitis * 117.
— mit Paraplegie und Blasenlähmung * 117.
Myomtheorie Guyon's * 7.
Myosarkom der Blase. — R. 515.
Naphthol-Aluminium, Sulfosaures * 6.
Naturforscher- u. Aerzte-Versammlg. in Meran. O.-A. 446.
Naturheilkundige * 15.
Nebenhoden * 12.
— gumma * 454.
Nebennierenextrakte * 68.
Nebennierentuberkulose, Ueber die Häufigkeit und die Bedeutung der isolierten primären — von O. Elsäßer. R. 472.
Need, The, of sexual education, — von E. L. Keyes (New-York). R. 433.
Neißer's Einreibungskur * 51.
—scher Gonokokkus * 22.
—sche prolongierte Injektionen * 14.
—sche Poliklinik, — Statistik derselben * 422.
Neißerose * 22.
Nekrospermie * 73. 78.
Neomalthusianische Mittel * 124.
Neomalthusianismus, Der, — O.-A. 59. 89. 118.
—, Der durch die Vererbungsgesetze bedingte, O.-A. 118.
Neophrolithiasis, Hydro- und Pyonephrose, Ueber Behandlung der, von J. Dzirne. R. 233.
Nephrectomy. R. 520.
Nephritis * 63.
—, Schwere nach Einreibung eines Skabiösen mit Perubalsam, R. 63.
— complicating Mumps, — von James Alexander Miller (New-York R. 431.
—, Ueber die Ausscheidung des Chlors u. des Stickstoffs bei — von H. Künzel. R. 470.
—, Ueber die Wirkungen subkutaner Kochsalzinfusionen bei — mit Rücksicht auf die neue-

ren Theorien über den Wert des Kochsalzes bei den Krankheiten der Nieren; — von Luigi Ferranuini. R. 470.
Nerven, Entzündungen der — * 4.
— zentren, — der * 4.
Nervenkrankheiten, Die wichtigsten, in Einzeldarstellungen für den praktischen Arzt — von Georg Flatau, B. 332.
—, Schwere 122.
Nervenscheiden * 22.
Nervensubstanz * 51.
Neurasthenie, Sexuelle — * 73. 78. 131.
—, Ueber — von M. A. Stern, O.-A. 309. 376. 395. 442.
Neuritis syphilitischen Ursprungs, Ueber einen Fall von multipl., — von P. L. Tichomirow in Kasan, R. 330.
Neurose der Blase * 72.
Neurosen der Blase und Prostata * 78.
Niere des Menschen, Ueber Fettinfiltration und fettige Degeneration der — von M. Löhlein, R. 317.
—, Ueb. die Entkapselung der — R. 316.
—, Kongenitale Lage und Bildungsanomalie der linken — von O. Orth, R. 470.
— und des Nierenbeckens, Medizinische Klinik der Krankheiten der — von Mannaberg, B. 339.
Nieren und Harnleiter, Die Verletzungen und chirurgischen Erkrankungen der — von Paul Wagner, B. 339.
— und oberen Harnwege, Ueber die Anästhesierung der — O.-A. 184. 227.
— u. Hauttätigkeit, R. 517.
Nierenepithel * 63.
Nierenerkrankungen, Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der — von Jul. Vogel-Berlin, R. 323.
Nierenexstirpation, R. 516.
Nierentuberkulose, Zur Diagnostik und Therapie der — von Leopold Casper, R. 234.
—, Zur Diagnose und Therapie der — von Kümmel, R. 384.
Nirvanin * 464.
Noch einmal: „Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechtsverkehr raten?" von Max Marcuse-Berlin, O.-A. 412.
Nosophobia * 409.
Nouveaux medicaments, Les * 166.
Novargan * 14.
—, Ueber — von Rob. Lucke (Magdeburg), O.-A. 299.
— -lösung * 19.

Obdach, Berliner Städt (Prof. Behrend) * 502.
— für syph. Frauen * 498.
Occlusivpeßare von:
— Earlet * 445.
— Haße-Mensinga * 93. 127. 445.
— Hermann * 129.
Oedem der Glans und des Präputiums * 26.
Offenbarungsrecht * 171.
Officine ou répertoir général de pharmacie pratique, von Dorvault * 185.
Oidtmann'sche Spritze * 72
Okklusivpessar * 120.
Oleum cedri atlanticae * 7.
— Santali ligni * 164.
Onanie, Ueber die Folgen der, — von Mor. Porosz-Budapest. O.-A. 98. 132.
—, Zur Naturgeschichte der — O.-A. 37.
Operationsmethode, Konservative * 8.
Organes Génito-Urinaires de l'homme, von Henri Hartmann, B. 241—246.
Organotherapie * 8.
—, Rationelle, mit Berücksichtigung der Urosemiologie B. 480.
Orificium urethrae * 10.
Origine dyspeptique des petits accidents du brightisme, v. M. Chryssovergis, R. 232.
Orvosti Hetilap * 302.
— Ujsàg, Bpesti * 302.
Os sacrum * 24.
Osazonprobe, Fischer'sche * 324.
Ovulum 118.

Pachydermie * 31.
Palpatorisch * 11.
Panaritien * 63.
Paraffinum liquidum * 49.
Paralyse * 122.
Paraphimose * 3.
Paraplegie mit Myelitis u. Blasenlähmung * 117.
Parästhesie d. Geschlechtsorgane * 12.
Pars prostatica * 2. 7. 34.
Patella * 24.
Pathognose, Symptomatologie und Diagnose der Mündungsanomalien einfacher und überzähliger Ureteren beim Weibe. — Nebst Mitteilung eines Falles von Cyste eines überzähligen Ureters, — v. Leopold Thumim-Berlin, — R. 471.
Pathologie und Therapie, Lehrbuch der speziellen — Bd. II. — Eichhorst * 384.
Pektoskop v. Zickel * 111.
Penis, Retraktion des erschlafften — * 127.
— -Verletzungen, Zur Kasuistik der, — v. W. v. Grot, R. 320.
Perikarditis * 4.
Perineum * 12.
Periostes, Entzündungen der * 4.
Periprostatis * 9.
Pessar: Haße-Mensinga'sches Occlusivpessar * 127.
— Hodge-Pessar * 127.
Peßare:
— Intranterinpessare * 129.
— Mensinga's Occlusivpessar * 93.
— Zephirpessar * 93. 128.

Pester Med.-Chirurg. Preße * 307.
Pezzoli'sches Prostata-Massage-Instrument * 80.
Pfeifensteine. B. 331.
Phallokos * 253. 260.
Phenole, Esterifizierung der — mit aromatischen Säuren * 114.
Phimose * 3.
— im Kindesalter * 3.
Phimosis acquisita, Ueber. R. 524.
Phlegmone * 23.
Phloridzin-Injektion, subkutane * 69.
Physiologie der Harnabsonderung, v. H. Köppe * 336. 337.
— der männlichen Geschlechtsfunktionen, v. Sigm. Exner, — * 337.
Pichi-Pichi-Extractum * 7.
Picrokarmin * 19.
Piper methysticum * 185.
Platen's Seelenleben, Aus — * 335.
Plethora, allgemeine * 70.
Pleura und Abdomen, Ergüsse in * 63.
Pleuren * 22.
Pleuritis * 4.
Poehl-Sperminum * 482.
Poliklinik Max Joseph's * 40.
Polyarthrite puerpérale de nature gonococcique, v. M. Mosny, R. 240.
Polyarthritis gonorrhoica * 25.
—, Gonorrhoische * 22.
Polynévrite blennorrhagique terminée par la mort, Sur un cas de — von M. Ménétrier R. 241.
Polypes, Les, de l'urèthre chez la femme R. 110.
Porosz'schen Methode, Die Behandlung d. Bubonen nach der — O.-A. 302.
Postpubische Zeit * 54.
Poupert'sches Band * 237.
Präpubische Zeit * 53.
Präputialsteine. B. 331.
Präputium * 3. 26.
Presence of Tubercle Bacills in the Urine of Patients suffering with Pulmonary Tuberculoce, v. Rosenberg, R. 190.
Preße, Deutsche Medizin. * 196.
Preße, méd., La (1904 No. 79) * 385.
Primäraffekte, Fehldiagnosen extragenitaler, R. 63.
—, syphilitische * 49.
Progrès medical, Le * 322. 478.
Proktoskop, Kelly'sches * 427.
Prophylactic, The, value of normal Marriage, von Andrew H. Smith-New-York, — R. 433.
Prophylakticum „Viro", Das — * 4.
— v. Steinmetz * 253.
Prophylaktol * 4.
Prophylaxe der geschlechtlichen Krankheiten, Ein statistischer Beitrag zur — * 16.
— der postoperativen Cystitis bei Frauen. R. 519.
— der Geschlechtskrankheiten, Die Entwicklung der persönlichen P. d. G. * 16. R. 109.
—, Stat. Beitrag zur — * 19.
— der Geschlechtskrankheiten * 253.
— der Trippers, Zur — * 253.
Prophylaxis, Lehrbuch der — (S. 595) * 411.
Prostata * 9. 10.
—, Des hémorrhagies pontanées de la — v. Motz et Suarez — R. 475.
—, allgemeine Hyperästhesie der * 72.
—, Atrophie der — * 73.
—, Beitrag zur Frage der totalen Exstirpation der — R. 327.
—, Isolierung der * 8.
—, Krankheiten der — von H. Thompson * 226.
—, — von A. Socin * 227.
—, Rektale Massage der * 9.
— u. Samenblasen, Ueber Massage der, O.-A. 9. 9.
Prostataabszeß * 12. 71.
Prostatahypertrophie * 7. 8. 78.
—, Die, v. O. Mankiewicz-Berlin (Neuere Anschauungen über die Aetiologie und Behandlung), R. 287.
—, Die Behandlung der — mit Röntgenstrahlen, v. Moszkowicz u. Stegmann R. 427.
—, Die spät auftretenden Erscheinungen der — v. Mortier, R. 322.
—, Ueber die verschiedenen klinischen Formen der — und über ihre Behandlung, v. G. Nicolich-Triest, R. 321.
Prostatamassage * 12.
Prostatasekret * 7.
— von C. Posner und L. Rapoport, R. 324.
Prostatectomy, R. 521.
—, The technic of perineal — von George Ryerson Fowler-Brooklyn, R. 430.
Prostatektomie, Suprapubische * 7.
—, Perineale * 7.
Prostatic Hypertrophy from every surgical standpoint, edited and compiled by S. C. Martin B. 289.
Prostatiques, Note sur les vessies des — „sans prostate", R. 522.
Prostatis, Akute * 9.
Prostatitis * 26.
—, Akute * 78.
—, einfache unkomplizierte katarrhalische * 71.
—, subakute * 71.
—, chronische * 71.
Prostatopexie, Subperineale * 8.
Prostatorrhoe * 66.
Prostituierten, Die Gonorrhoe der — v. Baermann R. 281.
Prostituiertenkontrolle, Erstmalig. Versuch eines Nachweises d. Leistungsfähigkeit der mikroskopischen Untersuchung bei der — * 451.

Prostituierter, Berliner —, Ueber Spracheigentümlichkeiten, von Wilhelm Hammer, O.-A. 278.
Prostitution * 44.
—, Die, ihre Geschichte u ihre Beziehungen zum Verbrechen, von Wilh. Fischer, B. 435. 436
—, Kasernierung der — * 172.
—, Ueberwachung der * 3.
— und Homosexualität, Ueber, — von Hammer. O.-A. 506.
— und Schlafgängerwesen, Die Wohnungsmißstände im — und ihre gesetzl. Reform, — von Kampfmeyer. — R. 285.
Protargol * 6. 14. 26. 167
Protargolcrême, — v. der Gesellschaft „Viro" vertrieben * 130.
Protargolinstillationen * 16
Protein * 6.
Protektor * 4.
— von Feibes * 256
Prothese nach Gersuny * 66.
Prozeß Wiese-Hamburg * 149.
Prurus vitulvae * 400
Psoriasis vulgaris * 404.
— squamosa * 405
Psychiatrie 1891 (S. 32.) * 402.
Psychrophor, Der, von Winternitz * 445.
Pubertätsalbuminurie — R. 516.
Punktion * 24.
Pyelitis * 67
Pyelonephritis * 71.

Quecksilber * 2.
Quecksilberätiologie der Tabes. Zur Behauptung von der — * 177.
Quecksilberchlorid * 51.
Quecksilber-, Silber- und Eisen-Therapie, Eine neugewonnene experimentelle Grundlage für die Erklärung der, B. 478.
Quecksilberwirkung, Ueber, — von v. Dühring. R. 194.
Quercus et chinae * 15.

Radal * 253. 260.
Radoe vatanhiere * 15.
Réactions nerveuses, Les, au cours des herpes génitaux, von P. Ravant et Darré. R. 241.
Reagens, Denigès'sches * 384.
—, Esbach'sches * 319.
Rectalgonorrhoe, Ueber — bei Vulvovaginitis infantum, — von Karl Flügel-Frankfurt a. M., R. 329.
Rectum * 9.
Reformierung und Moralisierung der Ehe * 64.
Regurgitieren * 2.
Reichs-Medizinal-Anzeiger * 41.
Reichs-Strafgesetzbuches, Zum § 218 des — von C. Hamburger, R. 196.
Reinkultur * 4.
Report, J., of a case of obstinate phosphatic diathesis cured by systematic dilatations of the posterior urethra, — von George Theodore Mundorff-New-York. R. 237. 238.
Reposition * 3.
Residualharn's, Die symptomatische Bedeutung und Therapie des — von C. Casper * 227.
Retraktion des erschlafften penis * 127.
Richter'sche Schutzmittel * 256. 262.
Riedel's Gonosan — * 368. 369.
Rima pudendi * 56.
Röhren, Gundelach'sche — * 428.
Rotwein-Einspritzungen — * 15.
Rückenlage * 10.
Rückenmark * 24.
Rudolfinerhaus, Wien * 326.
Rundschau, Pharmakologische und therapeutische * 192.
Rundschau, Wiener klinische * 191.
Russkij medizinskij Wjestnik (Russ. mdizin. Bote) * 467. 494. 537.

Salbe, graue * 25.
Salbeninjektionen * 36.
Salizylpräparate * 24.
Salizylquecksilberinjektion * 49.
Salol * 114.
Salosantal * 6.
Salz, salzsaures, des Cotarnins * 68.
Salzwasser-Klystiere mit der Oidtmann'schen Spritze * 72.
„Samariter", Blokusewski'sche Tropfapparate * 261.
Samenblasen * 13.
—, Indikationen für die Massage der — * 77.
—, Massage der — * 9. 73.
—, Expression u. Massage der — z. Heilzwecken * 76.
— und Prostata, Ueber Massage der — O.-A. 9.
Sandelöl * 185.
—, Ostindisches * 6.
— in Glutoidkapseln * 6.
Sandelholzöl * 28.
Sänger'sche Dilatation der Urethra * 237.
„Sanitas"-Tropfkelche von Blokusewski * 257.
Sanitas-Olive, Blokusewski's * 109.
Sarcom * 79.
Sauerstoffinfusionen, — R. 517.
Säureintoxikation, Ein Beitrag zur Lehre vom Koma diabetikum als — von Karl Bartscht, R. 323.
Säuren, aromatische * 114.
Schädlichkeit der sexuellen Abstinenz * 89.
Schäffer'sche „vergleichsweiseZusammenstellung der wirksamsten antigonorrhoischen Medikamente, * 263.
— Untersuchungen * 264.
Scheidenpulverbläser mit antiseptischen Pulvern * 130.

Schlagintweit's retrogrades Cystoskop * 69.
Schleimbeutel, Entzündungen der — * 4.
Schleimhaut-Bepinselung mit Jodtinktur * 36.
Schleimstrang, Cristellen'scher * 130.
Schmerz, Der, ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel, von Ad. Alf. Michaelis. — B. 291
Schutzbesteck, Richter'sches * 256.
Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten, — von Otto Große O.-A. 250.
— Erwiderung auf diese Arbeit, — von Blokusewski (Niederbreisig) O.-A. 315.
— Entgegnung hierauf — von O. Große O.-A. 491.
—, Richter'sche * 262.
—, Blokusewski'sche * 261.
—, englisches „Honey-Jelly" * 265.
Schutzperlen * 255.
„Schütze Dich" (Große'sches Schutzmittel) * 265.
Schwammhalter, Sims'scher, — * 155.
Schwangerschaft, Ueber die Gefährlichkeit der — bei Herzfehlern, Tuberkulose usw. — von D. M. Günzburg. — * 444.
Schwefel * 477.
Schwere im Becken * 12.
Schwindsucht, — Mitteilungen über die Erblichkeit und Infektiosität der — * 119.
Sectio alta * 7.
Sehnen * 22.
—, Entzündungen der * 4.
—, -scheiden, — der * 4.
Sekret * 2.
Sekretion, dünnflüssige, milchige * 29.
Sekretuntersuchung * 11.
Selbstbeherrschung, sittliche * 60.
„Selbstschutz" (Großes'sches Schutzmittel, hergestellt von der Adler-Apotheke in München) * 265.
Semaine méd. * 236. 240. 241. 241.
Sepsis, Puerperale * 63.
Sexual necessity, The, von E. L. Keyes (New-York). R. 433.
Sexuale, Das — * 13.
Sexualempfindung, Die, von Mann und Weib * 64.
Sexualhygiene, Frauenproteste und Libido sexualis * 251.
Sexualtrieb und -Leben des Menschen, Vorlesungen über — von Rohleder * 445.
Sicherheitsschwämmchen * 129.
Silber, Tiefenwirkung des * 19.
Silbereiweißpräparate * 14.
Silberpräparate, Experimentelle Untersuchgn. über die Wirkungen einiger S. — auf die Harnröhre des Kaninchens * 19.
—, Ueber die Anwendung der (speziell der modernen) bei der Gonorrhoe, O.-A. 14.
Silbersalze * 5.
—, Organische * 5.
Silbertherapie * 14.
„Simplex" (Flasche zu Injektionen bei Gonorrhoe), von Artur Strauß, O.-A. 395.
Sims' Schwammhalter — * 155.
Sittengesetze, — Fakultative Sterilität ohne Verletzung der — * 124.
Smegma * 57.
Society, American, of Sanct ary and Moral Prophylaxis * 433.
— of Moral and Social Prophylaxis * 433.
Solutio Zinci sulfurici * 41.
Spaltung, galvanokaustische * 8.
Spasmus des Sphincter und der Detrusoren * 72.
Spermatitis fibrosa * 78.
Spermatocystitis, Akute * 79.
—, Chronische * 77.
Spermatocystitis, Einfache komplizierte katarrhalische * 77.
—, Subakute * 77.
Spermatorrhoe * 66.
Sperminum-Poehl * 482.
Sphincter externus * 2.
— internus * 2.
— spermatocystae * 145.
Sphincter, Spasmus des * 72
„Spirochaete pallida", Ueber die Anwesenheit der — in sekundär syphilitischen Manifestationen und über die zu ihrem Nachweis angewandten Färbungsmethoden, — von Bandi u. Simonelli, R. 433.
—, Ueber das Vorkommen der — bei Syphilis, — von C. Fraenkel, R. 432.
Spondylitis, die — * 23.
Spracheigentümlichkeiten Berliner Prostituierter, Ueber, — von Wilh. Hammer, O.-A. 278.
Spritzkur nach Imervol — * 528.
Spüldehner * 3.
— -Vorrichtung, Dilatatorium mit — * 3.
Spülkatheter für die Blase * 456.
Spülungen, Janet'sche — * 7. 14. 17. 18. 26. 463. 526.
—, Kutner'sche Druckspülungen — * 7.
Staatskinder oder Mutterrecht?, v. Ruth Bré — * 425.
Stagnation * 11.
Staphylokokken * 67.
Stauungen, Reine in der Drüse — * 11.
Steckel'sche Urethrophortube * 253.
Steine, Eingelagerte und eingesackte, B. 331. 331.
Steinmetz' Prophylakticum * 253.
Stérilisation des sondes en gomme, — Un nouvel appareil pour la, — R. 525.
Sterilität, Fakultative * 127.
—, Die fakultative, in der ärztlichen Praxis, O.-A. 59. 89. 118.

Sterilität, fakultative, ohne Verletzung der Sittengesetze * 124.
—, fakultative, Indikation zur — * 95.
—, Pathologie und Therapie der männl. und weibl. * 411.
Stillen. Das „post partum" * 125.
Strafbarkeit der Ankündigung von Schutzmitteln zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten — * 174.
Strafkammer für Renitente im Berliner städt. Obdach * 503.
Strebel'sche Urethrophortube * 129.
Streptokokken - Urethritis * 3.
Strikturen * 219.
Strofantusdosen * 92.
Styptizin * 68.
Styptol in d. urolog. Praxis, v. Georg Berg, R. 190.
—, Ueber, und seine Anwendung bei Blutungen der Harnorgane, von R. Kaufmann, R. 190.
Sublimat * 5.
— -Bäder bei Syphilis * 527.
Suprarenin * 36. 68.
Suspensorium, Teufel'sches * 41
Symphose * 56.
Symptome, Subjektive * 32.
Symptomenlehre, Allgemeine, von O. Zuckerkandl, — B. 339.
Syphilide, Die, — II. Teil: Therapie, von Jeßner, B 433.
Syphilis * 119.
—, Beiträge z. Geschichte der — von J. K. Proksch-Wien, B. 290.
— Einige dunkle Punkte in der gegenwärtigen Lehre von der, O.-A. 175.
— hereditäre des Säuglings, R. 527.
— als Indiktion für fakultative Sterilität * 97.
—, Ueber Aetiologie, Pathologie und ätiologische Therapie der — * 446. 453.
Syphilis, Die Nachbehandlung bei, R. 476
— Ueber die Veränd. der Aorta bei, — R. 476.
—, Unsere Resultate in der Serumtherapie der, * 453.
—, Die, deren Wesen, Verlauf u. Behandlung, nebst kurzer Besprechung des Ulcus molle und der Gonorrhoe —, von Schuster, B. 290.
—-Rehandlung, Therapeutische, Notizen zur — von Lieven, R. 194.
—-Diagnose, Die Frage der Wertung der Anamnese in der — * 175.
—-Fälle, die gegen Quecksilber refraktär sind, — Wasseranwendungen bei — * 456.
— of the liver, sclerogummatous type, von John Funke (Philadelphia), R. 432.
— -Therapie, Ein Beitrag zur — Prophylaktischer Vorschlag, O.-A. 49.
— -Virus-Hydrargyr. Salicyl., — * 51.
— und Lebensversicherung, v. Blaschko-Berlin, R. 286.
— und Tabes, R. 528.
Syphilitic pseudoparalysis, A case of, — von Jacob Sobel, — R. 432.

Tabes dorsalis, Die, von Georg Flatau. — B. 332.
— und Syphilis — R. 528.
Talisman von Weil * 253.
Tamponträger, Grünfeld'scher * 155.
Tannin * 15.
Tastgefühl * 9.
Technik der Endoskopie, Zur — (von Hans Pollock-Freiburg, Br.) Mit einer Abbildung. O.-A. 154.
Teufel'sches Suspensorium * 41.
Thallium sulfuricum * 20.
Therapeutische Monatshefte * 41. 166.
Therapie der Gegenwart * 19. 40. 82. 82. 166.
Therapie der Harnkrankheiten * 80.
Thermalbäder * 22.
Thymol * 114.
Thymolbenzoësäure, Esterifizierte * 7. 114.
Tonerdeumschläge, Eßigsaure * 41.
Tonsillarschanker * 63.
Toxinen des Kokkus * 4.
Traité des maladies des reins * 520.
Traité de Thérapeutique et de matière médicale, v. Trousseau und Pideau — * 185.
Tripper, Zur präventiven, abortiven und Frühbehandlung des — * 17.
— Zur Prophylaxe des * 253.
Trippermetastasen d. Mann. Zur Behandlung der, — von R. Lucke. — R. 192.
Tropfapparate, Blokusewski'sche „Samariter" * 261.
Tropfkelche „Sanitas" — * 257.
Tuberkulose * 22. 78. 79. 119.
— -Kongreß, International. zur Bekämpfung der — * 93.
—, Ueber die des Harn- u. Geschlechtsapparates beim Weibe, R. 518.
Tubus, urethroskopischer * 27.
Tumeur, volumineuse, du serotum etc R. 525.
Tumoren * 9. 79.
Tupfer von Gaze und Zellwatte * 155.
Tupferhalter * 155.
Turgescenz der Drüse * 13.
Typhusbazillen * 67.

Ueber die Bedingungen, welche die Ausscheidung der Alkalien im Harn begünstigen, — von Max Fischer, R. 239.

Ueber scheinbar m. d. Prostata nicht zusammenhängende, aber dennoch durchProstatitisbedingte Schmerzen nebst einigen Bemerkungen über chronische Prostatitis, von Albr. Frhr. von Notthafft, R. 239.
Ueberimpfungen, Experimentelle von Gonokokken auf kleine Laboratoriumstiere und serotherapeutische Versuche, von Moskalew (Kiew), R. 327.
Ueberwachung der Prostitution * 3.
Ulcus molle * 43.
— venereum, Ein, von großem Umfange, v. M. Porosz (Budapest) — O.-A. 492.
Unguentum Credé * 66.
— Heyden mitius * 193.
— Paraffini * 66.
Universitäts - Frauenklinik in Heidelberg * 470.
— -Frauenklinik zu Leipzig. Dir.: Zweifel * 473.
— -Klinik zu Leipzig, Dir.: Prof. Riehl * 539.
Unruhe, Nervöse, im Körper * 12.
Unterdrückung des Kurpfuschertums * 3.
Untersuchungsmethoden, Klinische, von v. Frisch, B. 338.
Urämie, Ueber Hemianopsie bei —, von T. Pick, R. 233.
Ureter, A Report of Six Cases of Calculus in the Pelvie Portion of the —, von G. E. Brewer (New-York), R. 237.
Ureter's Implantation des — * 288.
Ureterenchirurgie, Beitrag zur, R. 515.
—-kystoskop, Ein neues für den Katheterismus eines oder beider Ureteren, von A. Freudenberg (Berlin), R. 325.
Urethra, anterior * 7.
— posterior * 7.
Urethra, Irritation der * 5.
—, Keratosis der — * 31.
Urethralinfektion, gonorrhoische, Ueber Versuche z. Verhüt ung der — * 54.
Urethralinjektionen * 14.
Urèthre, Traitement des rétrécissements de — R. 526.
Uréthrite staphylococciques par coit „ab ore“ (= aus der med. Klinik zu Nantes =), * 241.
Uréthrites anterior * 7.
—, Streptokokken-U. * 3.
Urethritis, Eine primäre, nicht gonorrhoische, — mit auffallend reichlichen Influenzabazillen, — von Paul Cohn, R. 385.
— posterior * 26. 115.
Uréthritis à gonocoques, Traitement des — R. 526.
Urethroskop * 30.
Urethrotom zur Behandlg. zweier Strikturen * 456.
Urethrometer * 34.
Urethrophortube nach Strebel (München) * 129.
—, Steckel'sche * 253.
Urin, Braunfärbung des — * 63.
—, Zur Kenntnis der Eiweißkörper im nephritischen, — von O. Moritz, R. 319.
—, Ueber den Nachweis und die Bestimmung von Aceton und Acetessigsäure im —, von Paul Reiche, R. 384.
Urinbeschwerden * 13.
Urologie, Die Asepsis in der — von O. Zuckerkandl, B. 338.
—, Handbuch der, — von A. v. Frisch u. O. Zuckerkandl, *227. B. 335—340.
—, Lehrbuch der, (von S. Casper) * 226.
— im letzten Jahrzehnt, Ueber die Fortschritte der — O.-A. * 2.
Urosemiologie, B. 480.
Urotropin * 67.
— als Prophylacticum gegen Scharlachnephritis, — R. 63.
Uterus, — Künstliche Hervorbringung von Lageverändrgn. des — * 125.
Vaginalsuppositorien — von Kleinwächter * 130.
Vaginitis * 117.
Vas deferens * 66.
Vasa deferentia * 8.
Vasenol * 330.
Venero- und Dermatologie, Beiträge zur Geschichte der — O.-A. 467. 494. 537.
Verabreichung, Interne — von Balsamicis * 21.
Verandageschwür des Anus. R. 526.
Verbrecher * 149.
Verdickungen, Fibröse * 24.
Verein für innere Mission in Berlin * 324.
Verein rhein.-westfäl. Dermatologen und Urologen * 25.
Vererbungsgesetze * 118.
Verhandlgn. der Dtschn. Dermatolog. Gesellschaft IV. und V. Kongreß * 251.
Verhandlungen der „Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie“. Zehnte Versammlung in Würzburg am 3.—6. Juni 1903. Herausgegeben von M. Hofmeier und J. Pfannenstiel, — B. 288. 289.
Versammlung, 77te, deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran, vom 24.—30. September 1905. (Versammlgn. der 25. Abtlg.: Dermatologie und Siphilidologie), — von Freih. v. Notthafft (München). O.-A. 446.
Verschleppung * 4.
— eines 14jährigen Mädchens in ein reichsdeutsches Bordell, Ein Fall von — von Wilh. Hammer (Berlin) — (zugleich eine Erwiderung auf Freih. von Notthafft's Ausführungen in Heft 6 der Monatsschrift). O.-A. 346.

Verschleppung, Bemerkungen zu diesen Ausführungen — von Freih. von Notthafft (München) O.-A. 351.
—, Erwiderung zu diesen Ausführungen — von Wilh. Hammer, O.-A. 457.
— Schlußwort zu dieser Erwiderung — von Frhr. von Notthafft, O.-A. 461.
Verwachsung, Knöcherne — eines Ellbogens oder Fußgelenkes * 23.
Vichy * 523.
Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin (1904, Heft 1), * 473.
Virchow's Archiv * 93. 317. 476.
Viro * 253
—-Gesellschaft * 130.
—, Das Prophylaktikum * 4.
Voie hypogastrique * 244.
Voies urinaires, Estomo * 241.
Volkmann'scher Löffel * 306.
Vollbäder, Heiße * 24.
Vorhaut, Unblutige systematische Dilation der — * 3.
— Schürzenbildung der — * 3.
Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen * 59.
Vorsteherdrüse, Excochleatio der — * 8.
Vortrag im „Offizier-Kasino" für Aerzte und Offiziere zu Budapest, am 7. Mai 1905. — * 385.
Vulvoganitis infantum, Ueber Rectalgonorrhoe bei — von Karl Flügel (Frankfurt a. M.) — R. 329.

Wachswaschseifen-Cremes * 109.
Wechselduschen * 80.
Weihnachtsfeier, Eine im größten Dirnenkrankenhause Deutschlands. — Zugleich ein Beitrag zur Psychologie der Prostituierten. — O.-A. 104.
Weil's Talisman * 253.
Wertheim'sche Operation * 289.
Wiener allgem. med. Ztg. * 166. 286.
— mediz. Blätter * 17.
— klin. Rundschau * 110. 191. 192.
— Medizin. Presse * 63. 331.
Winternitz'scher Psychrophor * 445.
Wirbelsäule, Miterkrankungen der — * 23.
Wjedomosti, St. Petersburgskija (St. Petersburger Mitteilungen v. 25. Januar 1905) * 480.
Wjestnik, Russkij medizinskij (Russ. med. Bote) * 467. 494. 537.
Wochenschrift, Berliner klinische * 41. 166. 177. 234. 323. 329. 471. 475. 477
—, Deutsche med. * 192. 234. 235. 237. 238. 258. 323. 324. 326. 331. 385. 474. 475.
—, Klinisch-therap. * 446.
—, St. Petersb. medizin. * 318. 319. 320. 328.
—, Münch. med. * 17. 18. 63. 109. 166. 193. 194. 194. 194. 264. 427. 428. 430. 432. 456. 478.
—, Wiener klinische * 188. 233. 321. 326.
—, Wien. med. * 190. 316. 329. 385. 386.
Wohnungsmißstände, Die, — im Prostitutions- und Schlafgängerwesen und ihre gesetzliche Reform, von Kampfmeyer, R. 285.
Wratsch. Rußki * 327.
—, Praktitscheski * 446.
Wratschebnaja Gazetta * 40. 41. 175. 319. 320. 327. 330.
Wucherungen, papillomatöse * 37.
Württ. Med. Corresp.-Blatt * 169.

Yangonin * 368.
Yohimbebaum, Rinde des * 66.
Yohimbin * 66.

Zeitschrift für Augenheilkunde * 327.
— für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten * 193 281. 282. 285. 285. 286. 316. 412.
— Dermatologische * 330 469.
— für ärztl. Fortbildung * 236.
— für klin. Medizin * 238.
Zellstoffwatte * 155.
Zentralblatt für Chirurgie * 325.
— Gynäkologie * 90.
— die Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane * 190. 331.
— die ges. Therapie * 190. 331.
— Dermatologisches * 19. 491. 491.
Zephirpessare * 93. 128.
Zickel's Pektoskop * 111.
Zinci sulfurici, Solutio * 41.
Zincum * 20.
Zinkchlorid * 5.
Zinkvitriol * 15.
Zittmann'sche Kur * 434. 435.
Zu den Ausführungen des Freih. von Notthafft-München (in Heft 6 und 8 der Monatsschrift), betr. „Ein Fall von Verschleppung eines 14 jährigen Mädchens in ein reichsdeutsches Bordell", — von Wilh. Hammer (Berlin), O.-A. 457.
Zucker's, Der qualitative Nachweis des, im Urin — v. J. Straßburger (Nach W. S. Haines) R. 191.
Zuckerkrankheit, Neue Mittel und Wege zur Heilung der — von Fr. Hißbach. — B. 198.
Zusammenstellung, Vergleichsweise, der wirksamsten antigonorrhoischen Medikamente — * 252.
Zweigläserprobe * 2.
Zwischenstufen, sexuelle, Jahrbuch für, VI. Jahrg. — von Magnus Hirschfeld. — B. 334. 335.
Zylinder * 63.

IV. Namen-Register.

Bei den Namen der Verfasser von Original-Arbeiten ist: O.-A. vor der Seitenzahl vermerkt, — „ „ „ „ „ „ Referaten — „ : R. „ „ „ „ „ — „ „ „ „ „ „ Besprechungen — „ : B. „ „ „ „ „ — Alle weiteren (auch durch andere Schrift gekennzeichneten) Namen sind: nur zitierte.

Abramow, S. 476.
Abramowitz 523.
Adrian, C. 234.
Ahlström 27.
Albarran 7. 82. 189.
Alexander, Carl 251. 422.
Allen 77.
Allingham 189.
Arnold 385.
Arzberger 80.
Asch 288.
Aufrecht 258. 316.
Augspurg, Anita 271.
Ava 185.
Ayres, Winfield (New-York) 431.

Bab 324.
Baisch-Tübingen 288.
Bakalleinik 525.
Bandi 432.
Bangs (New-York) 189.
Baer, Julius 238.
Baermann 281.
Barabàs, Josef, O.-A. 302.
Baratynski, P. A. 320.
Bärensprung 176. 335.
Bartisch, Georgius 198.
Bartring 83.
Bartscht, Karl 323.
Bazy, M. 236.
Beard 131.
Beck 289.
Behrend, G. 498. 502. 503.
Behrmann 254.
Benard 320.
Bendix 517.
Benninghoven, Prof. (Berlin) O.-A. 157. 355.
—, 166. 187. 412. 413. 414. 416 417. 418. 420. 421.
Berg, Georg 190.
Berger 83. 83.
Bernhard (Berlin) 174.
Bernstein 270.
— (München) 171.
Bettmann 16. 17. 18. 27. 28.
Bier 24.
Biermann 16.
Birbaum 132.
Blanck, S., (Potsdam) 17. R. 197. 198. 238 286. 287. 289. 290. 430. 431. 431. 432. 432. 432. 432. 433. 433. 433.
—, B. 198. 289. 290. 291. 331 332.
Blandin 326.
Blaschko, A. (Berlin) 17. 27. 30. 41. 172. 173. 198. 271. 272. 273. 276. 286. 412. 421. 498. 527.
Bloch, Iwan (Berlin) 197. 476.
Block, Felix (Hannover) R. 63. 527. B. 334. —
Blokusewski (Niederbreisig) O.-A. 315
—, 4. 16. 109. 253. 254. 255. 257. 258. 261. 263. 266. 282. 284. 386.
Blumenreich 132.
Bohn 270, 271.
Bornemann 40. 259.
Boß, S. (Straßburg i. Els.) O.-A. 82.
— 14. 21. 164. 165. 168. 185. 187.
Bötticher, C. 474.
Bottini 8. 225. 245. 289. 428. 429.
Bouchet 122.
Boyer 320.
Brandt, Thure 9.
Brandweiner 453.
Braun, H. 465.
Bré, Ruth 425.
Brehmer, C. 192.
Brendel, G. (Bad Kreuznach) O.-A. 2. 66.
Brewer, G. E. (New-York) 237.
Brödel 520.
Brodie 225.
Brügel, Carl 31.
Bruhns 197.
Brunner, Alfred 158.
Bryson 521.
Buckle 422.
Bulbus 27.
Bulkley 405
Bum 12. 78.
Bunge 188.
Burchard 114.
Burg, van der 125.
Burgdorf 529.
Burkhardt 527.
Burney, Mac. 382.
Buschke 83.
Busse 323.

Cabot, Follen (New-York) 322.
Campagnolle, R. de 16. 282. 283. 284. 316. 317.
Capellmann 124.
Caspary (Königsberg i. Pr.) 468. 495.
Casper 20. 155. 215. 216. 218. 387.
—, C. 227.
—, Leopold (Berlin) 226. 234. 472. 498.
Cathelin 67. 237. 524.
Charcot 273.
Charlot 176.
Charrière 84.
Chas 78.
Chelwood 9.
Chotzen (Breslau) 171. 270.
Christen 527.
Chrobak, Prof. 400. 411. 443. 446.
Chryssovergis, M. 232.
Chrzelitzer 41.
— (Posen) B. 290.
Chute 77.
Ciechanowski 287.
Citron, H. (Berlin) 475.
Cohn, J. 82.
—, Paul, R. 385.
Collans 74. 76. 78.
Colombini 78.
Copolliva (Genua) 453.
Cornutin 143.
Cowper 244. 337.
Credé 16. 66 430.
Crippa, v. 454.
Cristellen 130.
Crothers 123.
Cuzent 368.

Dapper, Max 326.
Darré 241.
Delagénière 244.
Delbanco (Hamburg) 450. 454.
Denigès 384.
Diday 14.

Dieulafoy 377.
Dimlafoy, M. 232.
Dithmar 284.
Dittel, L. 227.
Dommer (Dresden) 456.
Dorvault 185.
Dreser 337.
Droste (Hönningen) R. 386.
Drucker (Stuttgart) R. 192. 327.
Drysdale 60. 132.
Dubot 78.
Dufaux 79.
Duhot 77.
Dühring, von 194. 270. 271. 275.
Dührssen 61.
Dupouy 186.
Dürck, Prof. Herm. 31.
Düring (Kiel) 173.
Dzirne, J. 233.

Earlet 445.
Eastman 289.
Eastmann 79.
Ebermann 9. 78. 79. 79. 79.
Eberskirchen, Johanna 64.
Ebstein 226. 317.
Eckstein 67.
Edebohl 431.
Eichhorst 309. 376. 402.
Eichwald, Prof. von, 481.
Elsäßer, O. 472.
Engelbreth 16. 17. 28.
Engelmann, George 310.
Englisch, J. 226. 331.
Erb 89. 131. 287. 333.
Erdély 302. 307.
Erdmann 521.
Esbach 319.
Eulenburg 61. 132. 309.
Ewald 376 377.
Exner, Sigm. 337.

Fabry 173. 270. 271.
Fehling 97. 475.
Feibes 256. 258. 259. 262. 284.
Feistmantel 316. 385. 492.
Feleki 76. 79.
Ferdy 60. 89. 124. 125. 126. 132.
Féré 122.
Ferguron 289.
Ferranuini, Luigi 470.
Finger 70. 82. 175. 179. 180. 186. 287. 396. 399. 400. 411. 447. 449. 450. 452. 453.
Fischer 324.
—, Max 239.
—, Wilhelm 435. 436.
Flatau, Georg 332.
Flesch 61. 171. 269. 270.
Flügel, Karl (Frankfurt a. M.) 329.
Forchheimer, R. 239. 515. 525.
— B. 333. 530. 530.
Forel 426.
Fournier 120. 435. 477.
Fowler, George Ryerson (Brooklyn) 430.
France 189.
Frank 4. 16. 80. 242. 253. 259. 260. 282. 283.
— B. 241—246.
Fraenkel, C. 432.
Fränkel 64. 382.
Frankl-Hochwart 72. 340.
Franz (Halle) 288.
Freud 132.
Freudenberg, A. (Berlin), R. 189. 190. 237. 385.
— B. 111.
— 225. 325. 428. 526.
Frey, Prof. Ludwig 335.
Freyer 7. 288. 429.
Friedländer 166.
—, Benedict 335.
—, (Berlin) 187.
Frisch, A. v., 71. 72. 72. 72. 78. 78. 82. 155. 227.
Fritzsch 91.
Frommer, Victor (Berlin) 475.
Fuchs 17. 41.
Fuller 74. 77. 78. 245. 289.
Funke, John (Philadelphia) 432.
Fürbringer 13. 73. 82. 127. 132. 309.
Fürth, Frau (Frankfurt) 173. 271. 275.
Füth, H. 473. 515.

Galewsky 193. 451. 452. 455. 456.
Garré 209.
Gaudier 525.
Gerber (Königsberg i. Pr.) 496.
Gersuny (Wien) 66. 326.
Goebell 431.
Goldberg, R. 110. 475. 516. 519. 522. 525. 526. 526.
— B. 335—340.
Goldberg 20. 237. 240.
Goldenberg 80.
Goldenscheider 186.
Goodfellow 521.
Götzl, Alfr. 190.
Grandidier 121.
Grätzer (Sprottau) R. 63. 188. 190. 195. 196. 233. 327. 517. 528.
Groos 337.
Grosglik 9.
Große, Otto, (München) O.-A. 250. 491.
Grot, W. v. 320.
Grouven 450.
Gruber, Prof. M. (München) B. 111.
— 170. 271. 273. 275.
Grünfeld 155.
Guber 451.
Gueillot 74.
Guépin 71. 72. 73.
Guiard 26. 526.
Guiteras 73. 80. 289.
Gundelach 428.
Günzburg, D. M. 444.
Güterbock 226. 227.
Gütschow 520.
Guyon 7. 14. 18. 21. 27. 67. 72. 73. 75. 82. 117. 216. 217. 222. 223. 243. 530.
Guyon-Mendelssohn 227.

Haines, W. S. 191.
Hamburger, C. 196.
Hammer, Wilhelm (Berlin) O.-A. 104. 278. 346. 457. 506.
— B. 291. 292.
— 270. 271. 351. 460. 461.
Hammer, (Stuttgart) 169. 173.
Hammond 309. 406.
Hansemann 318.
Hartmann, Henry, 241.
Haße-Mensinga, 59. 60. 127. 445.
Hausmann 16.
Haußmann 282.
Hegar 61. 132.
Helbing 443.
Heller 498.
Hellpach 272.
Hennig, Artur (Königsberg i. Pr.) O.-A. 9. 70.
Hensen 125.
Herbart 351.

Herbsmann, (Rostow am Don) O.-A. 175.
Hermann 129. 233. 302. 307. 326.
Herrmann, Emil 192.
Heuck 197.
Hippe 270. 271. 272.
— R. A. (Dresden) 172.
Hirsch 285. 412. 412. 524.
Hirschfeld, F. (Berlin) 323.
Hirschfeld, Magnus (Charlottenburg) O.-A. 53. 202. — 333. 334. 334. 335. 530.
Hißbach, Fr. 198.
Hochwart-Franke 340.
Hodge 127.
Hödlmoser 528.
Hoff, Van 111.
Hoffmann 197.
Hogge 78. 79.
Holzknecht 337.
Hönigschmidt 158.
Hopf 271.
Hottinger 73

Ihlienworth-Stille 60.
Imervol 528.
Immerwahr (Berlin) R. 196. 197. 322. 323. 329. 472. 475. 478. 478.

Israel 189. 519.
Jacobson, L. S. 529.
—, Nathan N. Y. 430.
Jadassohn 281. 412.
Janet 5. 14. 17. 18. 25. 82. 88. 243. 463.
Jankau-Nobiling 411.
Jastrowitz 358.
Javal 232.
Jesionek 284.
Jessner 184. 433. 434. 435.
Jones, L., Prof. 232.
Jooß, Karl (München), O.-A. 30.
Joseph, Max 16. 40. 155. 498.

Kade 286.
Kakowski 482.
Kaminer 94.
Kamp 61. 132.
Kampffmeyer 172. 285.
Kant 89.
Kaposi 176. 177.
Kasas 539. 540.
Kaufmann, 190. 190.
Kelly 322. 427.
— (Rutherford) 401.
Kepler 61. 89. 132.
Keyes, E. L. (New-York) 433. 433.
Kiefer 328.
Kilus 79.
Kiomenoclu 451.
Kirchner 93.
Kisch 61.
Klausmann 270. 271.
Kleinwächter 130.
Klemperer 520.
Klotz 19.
— Herm. G. (New-York) 432.
Kobert, Prof. 482.
Koch 119.
— Robert 253.
Köhler, G. 476.
Kohlhaas, Mediz. Rat 169.
Kohn 177. 271.
Kolle 252.
Kollmann 75. 155. 156. 238. 238. 243. 386. 387. 388. 396.
Kopp 16. 264. 451.
Köppe, H. 336. 337.
Koranyi 337.
Körbitz 506. 538. 539.
Kornfeld 158. 166. 190. 518.
Koßmann 284. 285. 412.
Krafft-Ebing, v. 61. 177. 309. 397. 406.
Kraepelin 410. 412.
Kraus, F. 402.
— R. (Wien) 446. 447. 449. 450. 451.
Kren 453.
Kromayer 197. 543. 544. 545.
Kubinyi, P. v. 239.
Kühnemann 377.
Kuljabko, Prof. 482.
Kümmel 384.
Künzel, H. 470.
Küsel (Moskau) 187.
Kusnitzki, 406.
Kußmaul 380.
Kutner 13 13. 13. 236. 239. 240. 346. 350. 396. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460.

Landau jun. 210.
Landsteiner 318
Lang 78.
Lange 16.
Langen, Alfred 197.
Langstein 324.
Laßar 161. 469. 498.
Laurence, Daniel 287.
Lavaux, M. (Paris) O.-A. 184 227.
Ledermann 16. 498.
Le Fort 220.
Lehmann, 475.
Lepler 132.
Leppmann 123.
Leßer (Berlin) 174. 197. 270. 271. 272. 497. 498. 499.
Leube, Geh.-Rat 234.
Lewin 185. 186. 230. 368.
Lewis 289.
Lichtenstein 176.
Liebreich 87.
Lieven 194.
Lion (Mannheim) 174.
Lippmann-Wulff 197.
Littré 33—34. 156. 337.
Loeb, A. 234.
Loeb, (Köln) O.-A. 14. —
—, R. 233. 234. 283. 284.
—, 19. 20. 254.
—, (Mannheim) 454.
Löhlein 91. 317.
Lohnstein 6. 19. 20. 166.
Lombroso 273.
Lommel 516.
Lörch 518.
Losdorffer 449.
Lott 444.
Löw 270. 271. 337.
Löw (Wien) 452.
Löwenfeld 61. 193. 412.
Löwy, A., Prof. 482.
Loyd 78
Lubowski, (Berlin-Wilmersdorf) R. 327. 328. 331.
Lucas 78
Lucke, Robert (Magdeburg) O.-A. 299. 463.
—, 14. 16. 17. 18. 19. 192. 226.
Lühmann, Gertrud von 426

M.: B. 198. 246.
—, R 189. 190. 194. 195. 234. 238. 239. 239. 323. 384. 385. 478. 518. 519.
Mac-Gill 245.
Macdonald 91.
Maisonneuve 220.
Malthus, Thomas Robert 59. 60.
Mannaberg 339.
Manaßein, M. P. (St. Petersburg), O.-A. 467. 494. 537.

Mankiewicz, O. 198. 287.
Marcuse, Julian (Mannheim), O.-A. 37. 163.
—, B. 64. 197. 436.
—, *Max* (Berlin), O.-A. 412.
—, 89. 284. 355. 356. 358.
Marschalko 16.
Martin, S. C. 289.
Matzenauer 120.
Mauriac 241.
Mauthner, J. 337.
Mayer (Simmern), 473.
Meißner, P. (Berlin), O.-A. 42.
Mendel, Prof. 177.
Mendoza, Suarez de 22.
Ménétrier, M. 241.
Mensinga (Flensburg) 59. 60. 60. 89. 93. 96. 97. 124. 127 127.
Mering 309. 377. 383. 411.
Merk 448. 449. 450.
Merzbach 166. 168.
— B. 112. 335. 335.
Messinger-Huppert 384.
Meyer (Neapel) 75. 76. 77. 78. 128. 187. 369.
Michaelis, Ad. Alf., 291. 292.
Michels 284.
Mill, James Stuart 60.
Miller, James Alexander (New-York) 431.
Miskhailoff 525.
Mochlau 83.
Moll 89. 412. 415.
Moritz, O. 319.
Morris 189. 289.
Mortier 322.
Morton 77. 78. 79.
Moskalew 327.
Mosny, M. 240.
Moszkowicz 427.
Motz et Arrese 522.
— et Bartrina 519.
— et Suarez 475.
Mucha 318.
Müller 271. 451. 452. 455. 526.
Mundorff, George Theodore 237. 515.
Murphy 289.

Naegeli 93.
Narich, Bélisaire 478.
Naunyn, Prof. 234. 238.
Neelsen, Prof. 387.
Neißer 4. 14. 14. 16. 22. 51. 78. 82. 98 171. 251. 252. 254. 270. 281. 299. 333. 422. 435.
—, Prof. (Frankfurt) 385.
Nelaton 320.
Neugebauer, von (Warschau) 210. 335.
Neumann 477.
Neustädter (München) 174.
Newman 189.
Nicolich, C. (Triest) 321.
Nikulin 406.
Nitze 387. 498.
Nobl 526.
Noorden, Prof. v., 326.
Nothnagel 226. 340.
Notthafft, Freiherr von, (München) O.-A. 267. 351. 446. 461.
— 239. 240. 346. 350. 396. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460.

Oberländer 30. 31. 82. 155. 156. 301. 386. 387.
Oefele, von, 132.
Oidtmann 72.
Oppenheim 448.
Oppenheimer 384.
Orgler 318.
Orlipski, E., (Halberstadt) O.-A. 49.
—, 175. 176.
Orth 112. 470.
Orttel, 527.
Ostwald 194.
Otis 289.
Otto 132.

P: (A. P.): R. 436.
Palm (Berlin) R. 232. 232. 236. 240. 241. 241. 241.
Parent-Duchatelet 352.
Park 289.
Passarelli, Ferrucio (Rovigo) O.-A. 367.
Paulus, Frau 271.
Pawlowski, A. D. (Kiew) 328.
Pelikan 337.
Penzoldt 227.
Petersen 78.
Petrenz, Max 189.
Pezzoli 79. 80.
Phillips, George M. 289.
Pick, T. 233.
—, Walter 19.
Pideau und Trousseau 185.
Piorkowsky 228.
Place, Francis 60. 61.
Placock 91.
Platen 335.
Poehl, A. v., Prof., 480. 481. 482.
Polletzer, C. 191.
Pollock, Hans (Freiburg i. Br.) O.-A. 154.
—, R.: 191. 192. 236. 237. 288. 473. 476. 477.
—, B.: 478—480.
Polotebnow 405.
Poly, Fritz 234.
Porosz, Moritz (Budapest) O.-A. 98. 132. 492.
—, 16. 17. 18. 302. 304. 306. 308.
Posner 77. 79. 80. 80. 82. 226. 324. 498. 523.
Poupert 237.
Prätorius, Numa 335.
Prißmann, S. (Libau) R. 318. 319. 320. 321. 329. 523. 523. 524. 529.
Proksch, J. K. (Wien) 290.
Proust 244.

R.: R. 109.
Rademacher, E. 474.
Raphael, Alexander 318.
Rapoport 324.
Ravant 241.
Rayer 520.
Rebentisch 428. 429.
Reclus 189.
Rehfisch 78.
Rehfleisch 74.
Reiche, Paul 384.
Reineboth 545.
Reißner 166. 187.
Renzi 176.
Reuß, v. 188.
Reyer, J. 245.
Richter 254. 256. 262. 284.
— Paul 335.
— P. F. 482.
Ricord 127. 176. 444.
Riedel 8.
Rieder 430.
Riehl 539. 540. 542.
Ries, Karl, (Stuttgart) O.-A. 169. 211.
— 9. 171. 174. 269. 457. 530.
Riffel 119.
Rille 449. 450. 455. 524
Ripke 122.
Rißo 453.

Robert 78.
Robin 483.
Rochet 244.
Röder 515.
Rohleder (Leipzig) O.-A. 59. 89. 118.
— R. 189. 322. 521. 522.
— 96. 397. 398. 445.
Römer, von (Amsterdam) 334. 335.
Röntgen 68.
Roscher 197.
Rosenbach, Fr. 317.
Rosenberger 190.
Rosenheim 376.
Rosenstein 519.
Rosnatowski, D. N. 327.
Roßbach 379.
Rotschild 287.
Rovsing 7. 233. 287.
Rudeck, E. 238.
Rudnik (Salzerbad) 456.

Saalfeld 166. 198. 228. 456. 498.
Sahil 114.
Salen 209.
Salge 527.
Samter, O. (Königsberg i. Pr.) 470. 495.
Samuel, Prof. 497.
Sänger 61. 132. 237. 282. 411.
Sanne 186.
Sarcany (Craiova) 197.
Schade 194. 478.
Schäfer 251. 252. 263. 264.
Schaeffer 400.
Scharff 80. 80. 80.
Schenck 520.
Scheven, Frau (Dresden) 171 270. 271. 333.
Schiff 452.
Schlagintweit 69.
Schlokow 114.
Schlößer 264.
Schmidt 166.
— -Mounard 123.
Scholtz 88,
Scholz 155. 252.
Schoondermark 132.
Schourp, (Danzig) O.-A. 40.
Schreder, Prof. 469.
Schulze, Bernhard (Kiel) R. 237.
— 258. 259. 260.
Schuster, (Aachen) O.-A. 21.
— 290.
Schwab (Berlin) R. 111. 232. 239. 317. 318. 325. 326. 473 474. 470. 470. 471. 472. 473. 474. 474. 476. 476. 515. 518. 519. 520. 529.
Schwalbe 226. 377.
Schweninger, Prof. (Berlin) 497.
Schwerin, Hans (Berlin) R. 234. 235. 236. 238. 323. 324. 325. 326. 384. 474. 475. 476. 515. 516. 517. 527.
Scudder, L. 77. 78.
Seelig, A. (Königsberg i. Pr.) R. 110. 191. 192. 192. 518. 524. 526. 527. 529.
Segalow 523.
Segond-Dittel 72.
Sehlen, von 78.
Seligmüller 402. 543. 543.
Senator 235. 520.
Siebert (München) 454.
Siegel 449. 450.
Silberstein, J., O.-A. 113.
— 158.
Simanowski, 271.
Simon 335.
Simonelli 432.
Simpson 91.
Sims 155.
Singer (Wien) B. 332.
Smith, Andrew H. (New-York) 433.
Sobel, Jacob (New-York) 432.
Socin, A. 227.
Sokal (Lemberg) 187.
Somogyi 307.
Sonnenberg 79.
Spitzer 166. 187. 227. 449. 453.
Stachow (Bremen) 173.
— 270. 271.
Steckel 253.
Stegmann 427.
Steinborn (Thorn) O.-A. (resp. Uebersetzung) 175. 467. 494. 537.
Steiner (Mannheim) R. 63. 110. 193. 194 194 194. 194. 281. 282 283. 284. 285 285. 286. 286. 428. 429. 430. 432. 433.
— 317.
Steinhardt 233.
Steinheil (Paris) 241.
Steinmetz 253.
Steinschneider 251.
Stern, M. A., O.-A. 309. 376. 395.
— 442.
Sternberg, Wilhelm, 246.
Sternthal, Alfred 436.
Stieglitz, N. von, 480.
Stille 132.
—-Jhlienworth 60.
Stinzing 227.
Stöckel 288.
Stöcker, Frln. Helene 272. 273. 413. 415.
Stolper, L. (Wien) 237.
Straatz, H. 125.
Straschnow (Prag) R. 188. 190. 321. 322. 329.
Straßburger, J. 191.
Strauß, Artur (Barmen) O.-A. 25. 394.
B. 386—388.
— 216. 227. 478. 524.
Strebel (München) 129. 284.
Ströhmberg 273. 328.
Strümpell 309.
Strzyzowski, C. 319.
Studzinski, J. B. 238.
Stuertz 522.
Svoboda 329.

Tannhauser (Stuttgart), B. 434. 435.
Tarchanoff, Fürst von, Prof. 480. 481.
Tardieu 62.
Tarnowskaja 273.
Tarnowsky, Prof. 273. 396.
Tauffer, Hofrat Prof. 239.
Taumann 337.
Tausig 226.
Taylor 75. 77.
Teßier 237.
Thal, Max 415.
Thiemich, M. 188.
Thimm, P. 330. 443.
Thompson, 132. 220. 221. 226. 227.
Thumim, Leopold 471.
Tichomirow, P. L. (Kasan) 330.
Toblers, L. 195.
Tomaczewsky 448.
Touton (Wiesbaden) 171.
Trendelenburg 244.
Trousseau 79.
— & Pideau 185.

Ullmann 17.
Ultzmann 227. 243.
Unger-Pick 209.
Unna 477.
Unschuld 194.
Urata, Tada 327.

Valentine 26. 289.
Valleix 382.
Vedt 126
Vertun 80.
Verworn, Prof. 483.
Vidal 320.
Vieth 455.
Virchow 30. 209. 287. 432.
Vogel (Aachen) R. 288. 289.
—, Julius (Berlin) 323. 477.
Völker 430.
Volkmann 131. 132. 306.

Wachs, P. 480.
Wagner, Paul 339.
Waitz 274.
Wallerstein, J. 325.
Waltor 194.
Wassermann 252. 328.
Weber 518.
Wechselmann 197. 198.
Weil 253.
Weinstein 186.
Weismann 118.
Welander 16. 17. 282. 284.
Wertheim 289. 328.
Wessner 91.
Wichmann 288.
Widal 232.
Winternitz 80. 445.
Wirz, Prof. Caspar, 335.
Witzel 3.
Wolff (Straßburg) 170. 172. 270. 271.
Wolff, Prof. (Berlin) 495.
Wölzl 267.

Zabludowski 66. 73. 73.
Zechmeister (Pola) 187.
Zeißl 2. 16. 77. 82. 337.
Zeuner, W. (Berlin) 196.
Zickel 111.
Zittmann 434. 435.
Zola 310.
Zondeck 206.
Zuckerkandl, E. (Wien) 82. 213. 214. 336.
—, Otto (Wien) 72. 237. 335. 338. 339. 340. 340.
Zweifel 61. 62. 90. 91. 92. 473.

V. Bücherbesprechungen.

Seite

Englisch, Jos.-Wien: Ueber Praeputialsteine
Blanck-Potsdam 331. 332
—, Ueber eingelagerte und eingesackte Steine der Harnröhre.
Blanck-Potsdam 331. 332
—, Ueber eingesackte Harnsteine. Steine des prostatischen Teiles der Harnröhre.
Blanck-Potsdam 331. 332.
—, Ueber Pfeifensteine.
Blanck-Potsdam 331. 332
—, Eingesackte Steine der Harnblase.
Blanck-Potsdam 331. 332
Exner, Sigm.: Physiologie der männlichen Geschlechtsfunktionen.
B. Goldberg-Wildungen (Köln). 337

Fischer, Wilhelm: Die Prostitution, ihre Geschichte und ihre Beziehungen zum Verbrechen.
Marcuse-Mannheim 436
Flatau, Georg: Die Tabes dorsalis. Die wichtigsten Nervenkrankheiten in Einzeldarstellungen für den praktischen Arzt. Heft 2.
Singer-Wien 332
Frankl-Hochwart: Die nervösen Erkrankungen der Harnröhre und der Blase.
B. Goldberg-Wildungen (Köln) 340

Seite

Frisch, von: Klinische Untersuchungsmethoden.
B. Goldberg-Wildungen (Köln) 338. 339
— und *Otto Zuckerkandl:* Handbuch der Urologie. 3 Bde.
Goldberg-Wildungen (Köln). 335-340

Hartmann, Henri: Organés Génito-Urinaires de l'homme. Avec 412 fig. dans le texte.
Ernst R. W. Frank-Berlin 241—246
Hirschfeld, Magnus- Charlottenburg: Berlins drittes Geschlecht (Großstadt-Dokumente, Bd. 3).
Forchheimer, Würzburg 530.
— Das Ergebnis der statistischen Untersuchungen über den Prozentsatz der Homosexuellen.
Felix Block-Hannover 333. 334
— Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen. VI. Jahrgang. —
Merzbach-Berlin 334. 335
Hißbach, Fr.: Neue Mittel und Wege zur Heilung der Zuckerkrankheit. *M.* 198

Jessner: Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung. — (Dermatolog. Vorträge für Praktiker. Heft 1.)
Tannhauser-Stuttgart 435

Seite

Jessner, Die Syphilide. (Syphilis der Haut- und Schleimhaut). — II. Teil, Therapie. (Dermatolog. Vorträge für Praktiker, Heft 12.)
Tannhauser-Stuttgart 433

Köppe, H.: Physiologie der Harnabsonderung.
Goldberg-Wildungen (Köln) 336. 337
Korányi, A. von — Budapest: Die wissenschaftlichen Grundlagen der Kryoskopie in ihrer klinischen Anwendung.
A. Freudenberg-Berlin 111.
Kraus, R.: Die Bakterien der gesunden und kranken Harnwege.
B. Goldberg-Wildungen (Köln) 338

Mankiewicz, Otto: Kunstbuch, derinnen ist der gantze gründliche vollkommene rechtgewisse bericht und erweisung vund Lehr des Hartenn Reissenden Schmertzhafftigenn Peinlichen Blasen Steines verfasset und beschrieben durch *Georgium Bartisch* vonn Koenigsbrück.
Blanck-Potsdam 198.
Mannaberg: Medizinische Klinik der Krankheiten der Niere und des Nierenbeckens.
B. Goldberg-Wildungen (Köln) 339
Mauthner, J.: Chemische Untersuchung des Harns.
B. Goldberg-Wildungen (Köln) 337
Michaelis, Ad. Alf.: Der Schmerz, ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel. Eine Schmerztheorie.
Wilh. Hammer-Berlin 291. 292

Oberländer, Prof. F. M. und *Prof. A. Kollmann:* Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre und ihre Komplikationen, Teil II u. III. Mit 98 Abbildungen und 8 Tafeln.
A. Strauß-Barmen 386—388

Phillips, George M. and forty distinguished authorities: Prostatic Hypertrophy from every surgical standpoint, Edited and compiled by S. C. Martin.
Blanck-Potsdam 289

Seite

Poehl, A. v., Fürst v. Tarchanoff und *P. Wachs:* Rationelle Organotherapie, mit Berücksichtigung der Urosemiologie. (Aus den „St. Petersburger Mitteilungen" = St. Petersburgskija Wjedomosti. =).
N. von Stieglitz 480—483
Proksch, J. K.-Wien: Beiträge zur Geschichte der Syphilis.
Blanck-Potsdam 290. 291

Richter, Paul: Die Entwicklung der Dermatologie in Berlin.
Merzbach-Berlin 335

Ries, Karl-Stuttgart: Ueber Harnverhaltung.
Forchheimer-Würzburg 530

Schade, H.-Kiel: Die elektro-katalytische Kraft der Metalle. Eine neugewonnene experimentelle Grundlage für die Erklärung der Quecksilber-, Silber- und Eisen-Therapie.
Pollock-Freiburg i. Br. 478—480
Scheven, Katharina: Denkschrift über die in Deutschland in Bezug auf das Bordellwesen bestehenden Verhältnisse und über seine sittlichen, sozialen und hygienischen Gefahren. Herausgegeben vom Bunde Deutscher Frauenvereine (Dresden 1904)
Forchheimer-Würzburg 333
Schuster: Die Syphilis, deren Wesen, Verlauf und Behandlung, nebst kurzer Besprechung des Ulcus molle und der Gonorrhoe. 4. Aufl.
Czelitzer-Posen 290
Senator und Kaminer: Krankeiten und Ehe.
Merzbach-Berlin 112
Sternberg, Wilh.: Die Judenkrankheit, die Zuckerkrankheit, eine Folge der rituellen Küche und orthodoxen Lebensweise der Juden?
M. 246
Sternthal, Alfred: Männersittlichkeit und Frauengesundheit.
A. P. 436

Thal, Max: Sexuelle Moral.
J. Marcuse-Mannheim 64

Seite

Verhandlungen der *„Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie"*. Herausgegeben von M. Hofmeier und J. Pfannenstiel, = 10. Versammlung in Würzburg, am 3. bis 6. Juni 1903 = *Vogel-Aachen* 288. 289

Wagner, Paul: Die Verletzungen und chirurgischen Erkrankungen der Nieren und Harnleiter. *B. Goldberg-Wildungen (Köln)* 339

Zuckerkandl, E.-Wien: Anatomische Einleitung. *B. Goldberg-Wildungen (Köln)* 336

Seite

Zuckerkandl, O., Die Asepsis in der Urologie. *B. Goldberg-Wildungen (Köln)* 338

—, Die Erkrankungen der Harnblase. *B. Goldberg-Wildungen (Köln)* 340

—, Allgemeine Symptomenlehre. *B. Goldberg-Wildungen (Köln)* 339

— und *von Frisch,* Handbuch der Urologie. — Wien 1903—1905, — 3 Bde. *Goldberg-Wildungen (Köln)* 335—340

VI. Literatur.

Seite 226, 227, 384, 411, 412, 446.

VII. Vermischte Nachrichten.

Mitteilung von *W. Grünfeld-Wien,* betr. seine Arbeit „Zur Abhaltung populär-medizinischer Vorträge 112

Mitteilung, betr. *E. Graetzer (Sprottau):* „Vademecum für die Kinderpraxis". Uebertragung in's Englische durch den New-Yorker Kinderarzt *Herm. B. Cheffield* 148

Berichtigung, betr. die Arbeit von *Jooß-München* über „Keratosis der Harnröhre" (in Heft 1 von 1905 der Monatsschrift für H. u. sex. Hyg.) . 148

Aufruf vom „Bund für Mutterschutz" (Geschäftsstelle: *Max Marcuse-Berlin W., Leipzigerstraße 24)* 149. 150

VII. Deutscher Samaritertag am 1. u. 2. Juli 1905 in Kiel 293

Mitteilung von *Wolff-Metz,* betr. „Verwendung des Gonosan bei Orogenital-, speziell der Blasentuberkulose" 340

VIII. Redaktionelle Mitteilungen.

Seite 64. — Schlußwort sowie Register zum II. Jahrgang (1905).

IX. Inserate.

Seite 151, 152, 199, 200, 247, 248, 293, 294, 295, 296, 341, 342, 343, 344, 389, 390, 391, 392, 437, 438, 439, 440, 484, 485, 486, 487, 488.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter herausgegeben von Dr. med. Karl Ries in Stuttgart, Kanzleistr. 1.

Preis des Jahrgangs (12 Hefte): 8 Mark (im Ausland 10 Mark.)

Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende in Leipzig, Johannisgasse 3, I. Et.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—) Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 31.

Heft 1. **Januar 1905.** Jahrgang II.

Inhaltsübersicht.

I. **Originalarbeiten:**

1. *G. Brendel-Bad Kreuznach:* „Über die Fortschritte der Urologie im letzten Jahrzehnt."
2. *A. Hennig-Königsberg i. Pr.:* „Ueber Massage der Prostata und der Samenblasen."
3. *R. Loeb-Köln a. Rh.:* „Ueber die Anwendung der Silberpräparate (speziell der „nodernen) bei der Gonorrhoe."
4. *Schuster-Aachen:* „Bemerkungen über gonorrhoische Arthritis."
5. *A. Strauß-Barmen:* „Zur Abortivbehandlung der akuten Gonorrhoe."
6. *K. Joos-München:* „Keratosis der Harnröhre." Mit 2 Abbildungen.
7. *J. Marcuse-Mannheim:* Zur Naturgeschichte der Onanie."
8. *G. Schourp-Danzig:* „Zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe mittels Albargin.
9. *P. Meißner-Berlin:* „Abolitionismus und Hygiene."
10. *E. Orlipski-Halberstadt:* „Ein Beitrag zur Syphilis-Therapie."
11. *M. Hirschfeld-Charlottenburg:* „Ein Fall von irrtümlicher Geschlechtsbestimmung (Erreur de sexe)."
12. *H. O. Rohleder-Leipzig:* „Der Neomalthusianismus."
13. *Wilhelm Hammer-Berlin:* „Weihnachtsabend auf der größten Prostituiertenstation Deutschlands" (erscheint — wegen Platzmangels — erst in Heft 2)

II. **Referate:**

1. *K. Patschkowski:* „Urotropin als Prophylacticum gegen Scharlachnephritis." (Aus dem Charlottenburger Städt. Krankenhause).
2. *A. Gaßmann-Basel:* „Schwere Nephritis nach Einreibung eines Skabiösen mit Perubalsam."
3. *Nobl:* „Fehldiagnosen extragenitaler Primäraffekte."

III. **Besprechungen:**

1. *Max Thal:* Sexuelle Moral.

I. Originalarbeiten.

Uber die Fortschritte der Urologie im letzten Jahrzehnt.

Von Dr. **G. Brendel-Bad Kreuznach.**

Die Urologie, so lange Zeit die vernachlässigte Tochter der Chirurgie, hat sich erst in den letzten Dezennien zu einer selbstständigen Disziplin der medizinischen Gesamtwissenschaft emporgeschwungen. Es ist dies das Verdienst einer Anzahl hervorragender Männer, welche ihre Kraft voll und ganz in den Dienst dieses Spezialfaches stellten. In der Tat hat deshalb kein anderes Gebiet der Medizin derart enorme, auf einen so kurzen Zeitraum zusammengedrängte Fortschritte zu verzeichnen. Diese Errungenschaften, sowohl für die Harnorgane selbst, als auch für die Wechselbeziehungen derselben zum Gesamtorganismus von außerordentlicher Wichtigkeit, brachten uns sowohl eine bedeutend erweiterte Erkenntnis der pathologischen Vorgänge bei den Erkrankungen der Harnwege, als auch im Anschlusse daran eine erhebliche Bereicherung der therapeutischen Maßnahmen. Demjenigen, welcher nicht in der Lage ist, die einzelnen Entwickelungsphasen zu verfolgen, dürfte von Zeit zu Zeit ein kurzer Überblick wohl nicht unerwünscht sein.

Entgegen den älteren Anschauungen, daß sich die angefüllte Blase trichterförmig in die „Pars prostatica“ erweitere, daß sonach der „Sphincter externus“ als der wirksame Verschlußmuskel der Blase zu betrachten sei, fand Zeissl seine Ansicht von der Unrichtigkeit dieser Theorie durch Versuche an der Leiche bestätigt. Der scharfe Abschluß der mit Quecksilber angefüllten Blase gegen die Harnröhre durch den „Sphincter internus“ und das Fehlen einer Trichterbildung ließen sich im Röntgenbilde deutlich ersehen. Eine praktische Bedeutung hat dieser Befund namentlich für die Zweigläserprobe. Da anscheinend ein Regurgitieren des Sekretes der hinteren Harnröhre in die Blase nicht stattfindet, so würde also eine Trübung der zweiten Portion auf eine Blasenerkrankung zurückzuführen sein.

Auch die Frage, ob bei gleichzeitiger Erkrankung der Blase und der Nieren eine aszendierende Tendenz, also eine Verschleppung der Krankheitskeime aus dem tieferen in die höher gelegenen Organe anzunehmen sei, wird jetzt zumeist in dem Sinne erledigt, daß in der Niere stets das primäre Leiden zu suchen, die Blase also erst sekun-

där infiziert sei. Denn auch bei extremster Füllung der Blase ist ein Zurückfließen des Inhaltes derselben durch die Ureteren nicht möglich.

An Stelle der Operation der Phimose im Kindesalter wird von verschiedenen Seiten die unblutige, systematische Dilatation der Vorhaut empfohlen. Dieses Verfahren wird solange angewandt, bis das Praeputium sich über die Glans zurückziehen läßt; die nun gebildete Paraphimose läßt man eine zeitlang unter Borsalbenverband bestehen. Nach der Reposition ist ein Vor- und Rückwärtsschieben des Praeputiums leicht möglich; das Verfahren ist unblutig und ohne Narkose durchführbar. Bei älteren Knaben sind manchmal kleinere Inzisionen in die Vorhaut nötig.

Um Schürzenbildung der Vorhaut und das Entstehen von Narben im Sulcus bei der Operation der Phimose zu vermeiden, empfiehlt Witzel, mit der Cooper'schen Schere ein dreieckiges Stück aus der dorsalen Fläche des Praeputiums zu exzidieren.

Über die Ausführung des aseptischen Katheterismus ist eine sehr reichhaltige Literatur entstanden; ich verweise auf die diesbezüglichen Ausführungen im ersten Jahrgange dieser Zeitschrift.

Das Instrumentarium für die Harnröhre wurde um ein sehr brauchbares Stück vermehrt, den Spüldehner, welcher ein Dilatatorium mit Spülvorrichtung darstellt, aber statt der bisher üblichen zwei mit vier Branchen versehen ist.

Einem eingehenden Studium wurde in der letzten Zeit die Streptokokken-Urethritis unterzogen, welcher wegen der Langwierigkeit des Heilungsvorganges und des Vorkommens von Komplikationen keine günstige Prognose zu stellen ist.

Weitaus das größte Interesse nahmen naturgemäß die gonorrhoischen Erkrankungen für sich in Anspruch. Die Erkenntnis von der Wichtigkeit und Bedeutung dieser Krankheiten auf sozialem Gebiete hat sich immer mehr Bahn gebrochen. Es wird eine unabweisliche Pflicht des Staates sein, Hand in Hand mit den Ärzten zur Besserung der sanitären Verhältnisse energische Schritte zu tun und die Vorschläge, wie sie namentlich von der „Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" ausgehen, in die Tat umzusetzen. Durch Aufklärung und Belehrung, Unterdrückung des Kurpfuschertums, Überwachung der Prostitution u. s. w., wird wohl in absehbarer Zeit eine Eindämmung dieser verbreitetsten sexuellen Erkrankung zu erzielen sein.

Die vielfachen Arbeiten des letzten Jahrzehntes über das Wesen

der gonorrhoischen Affektionen, über die Biologie des Gonokokkus Neisser etc., hatten zum Teil eine ganz erhebliche Umgestaltung unserer bisherigen Ansichten im Gefolge. Es gelang, den Gonokokkus einwandfrei, d. h. durch Reinkultur in den verschiedensten Organen des Körpers, oft weit entfernt vom ursprünglichen Krankheitsherde, nachzuweisen und so eine Reihe von Krankheiten auf gonorrhoische Infektion zurückzuführen, deren Vorhandensein man vorher nicht einmal vermutet hatte; so bei den Entzündungen der Schleimbeutel, Sehnen, Sehnenscheiden, des Periostes, der Knochen, der Nerven und Nervenzentren; ferner bei Pleuritis, Peri- und Endokarditis, Iritis, Muskelatrophie, verschiedenen Erythemformen u. s. w. Die Bahnen, auf welchen der Gonokokkus von den primär erkrankten Schleimhäuten in die entfernteren Organe gelangt, sind noch nicht sicher ermittelt. Wahrscheinlich sind die Lymphgefäße als die Ursachen dieser Verschleppung anzusehen. Manche erklären das Auftreten dieser Erkrankungen als eine Infektion, welche von den im Körper gebildeten Toxinen des Kokkus ihren Ausgang nimmt.

Die prophylaktische Behandlung der Gonorrhoe hat eine wesentliche Bereicherung erfahren durch den Vorschlag Blokusewski's, sofort nach dem verdächtigen Coitus einige Tropfen einer zweiprozentigen Lösung von „Argentum nitricum" in die Harnröhrenmündung und an das „Frenulum" zu applizieren. E. R. W. Frank empfiehlt — statt des, Schmerz und starke Reizung verursachenden Höllensteins — das „Prophylaktol", eine zwanzigprozentige Mischung von Protargol und Glyzerin, eventuell mit Zusatz vom Sublimat 1 : 2000, um auch etwa vorhandene andere pathogene Keime zu vernichten. Das Prophylaktikum „Viro" ist eine Glyzerin-Gelatine mit 20 % Protargol in kleinen Zinntuben, „Protektor" besteht aus einer gallertigen Masse, einer konzentrierten Lösung von salizilsaurem Quecksilber; andere verwenden Glyzerinlösungen mit 10 % Ichthargan oder 20 % Albargin. Diese Vorschläge haben sich im Ganzen sehr gut bewährt, da die Lösungen trotz der hohen Konzentration sehr gut vertragen werden; sie haben jedoch nicht in genügender Weise Verbreitung gefunden, um auf den Prozentsatz der gonorrhoischen Infektion einen wahrnehmbaren Einfluß üben zu können. Leider wird eben die Gefahr der Krankheit immer noch unterschätzt und auch heute sind die Fälle sehr häufig, wo der Patient erst nach wochen-, ja monatelangem Bestehen des Leidens den Arzt konsultiert.

Für diejenigen Fälle, welche jedoch früher, etwa bis zum 4. oder

5. Tage nach der Infektion zum Arzte kommen, hat die abortive Behandlung warme Lobredner gefunden. Die meisten Urologen verwerfen jedoch diese Methode gänzlich, weil die Harnröhre zu stark gereizt, das Hinzukommen von Komplikationen gefördert und in den wenigsten Fällen eine Heilung erzielt werde. Das ist auch bei den früher angewandten Mitteln, wie Argentum nitricum, Zinkchlorid, Sublimat etc. zutreffend, tritt aber jedenfalls bei den Silbersalzen, auch bei hochprozentigen Lösungen, weit seltener in die Erscheinung. Es ist daher in der letzten Zeit von verschiedenen Seiten empfohlen worden, die Abortivkuren unter diesem Gesichtspunkte aufs Neue einer eingehenden Prüfung zu unterziehen.

Ein anderes abortives Verfahren, angegeben von Janet, besteht in einer zweimal täglich (4—6 Tage) vorzunehmenden ausgiebigen Durchspülung der vorderen Harnröhre mit einer Lösung von „Kal. permangan." 1 : 5000—2000. Die Methode bezweckt sowohl die mechanische Entfernung des kokkenhaltigen Sekretes, als auch vor allem eine seröse Durchtränkung und Aufquellung der Mucosa, um den Kokken einen ungünstigen Nährboden zu schaffen und dadurch deren Gedeihen zu beeinträchtigen. Die Resultate dieser Methode sind jedoch sehr schwankend und Verschlimmerungen des Katarrhes und Komplikationen kommen dabei nicht selten zur Beobachtung. Über ein ideales Mittel, welches allen Ansprüchen genügt, verfügen wir also bis jetzt nicht.

Seit der Entdeckung des Krankheitserregers durch Neisser hat sich das Bestreben der Urologen darauf gerichtet, bei der eigentlichen Behandlung der Gonorrhoe solche Mittel in Anwendung zu bringen, welche im Stande sind, die Ausbreitung der Kokken zu hindern, resp. dieselben zu töten. Von den baktericiden Mitteln, hat das „Argentum nitricum" von jeher einen hervorragenden Platz eingenommen. Da dasselbe jedoch durch den Kochsalz- und Eiweißgehalt der Körpergewebe sofort gefällt wird, so ist der Effekt der Einwirkung nur von kurzer Dauer, namentlich auf die tieferen Schichten der Schleimhaut, Drüsengänge und die Drüsen selbst, wohin die Gonokokken eingewandert sind. Dazu kommt noch die ätzende und daher die empfindliche Harnröhrenschleimhaut stark reizende Eigenschaft des Mittels. Man begrüßte daher die Entdeckung der organischen Silbersalze als einen hervorragenden therapeutischen Fortschritt. Da dieselben durch Eiweiß oder Kochsalz nicht gefällt werden, so glaubte man, daß dadurch einesteils die Irritation der Urethra vermieden, andernteils die Möglichkeit gegeben würde, die Lösungen längere Zeit in der Harnröhre zu belassen,

dadurch intensiver auf die Kokken einwirken und namentlich die tieferen Schichten der Schleimhaut mit dem Medikament durchtränken zu können. Diesen Bestrebungen verdanken ihre Entdeckung eine große Anzahl von Präparaten, so Argonin (4,7% Silber + Casein), Argentamin (Aethylendiaminsilberphosphatlösung 10%), Itrol (Citronensaures Silber), Largin (11,5% Silber + Protalbin), Cuprargol, Actol (Argent. lacticum), argentum eosolicum, Protargol (8,3% Silber + Protein), Ichthargan (30% Silber + Ichtyolsulfosäure), Albargin (15% Silber resp. 23,6% Silbernitrat + Gelatose) u. a. Von diesen Präparaten haben sich nur die drei letztgenannten vorerst einen hervorragenden Platz sichern können. Die Behauptung, daß Protargol besonders große Tiefenwirkung besitze, stützte sich nur auf Versuche bei totem tierischen Gewebe und wurde von Lohnstein durch eingehende histologische Untersuchungen an der Urethalschleimheit lebender Kaninchen widerlegt. Es stellte sich sogar heraus, daß die längere Anwendung dieses Mittels zur Entwickelung von Rundzelleninfiltraten in der Mucosa und Submucosa führt und geringere Tiefenwirkung besitzt, als „Argent. nitric." und die beiden anderen Silbersalze. Beim Albargin kommt noch als hervorragendes Moment in Betracht, daß es durch tierische Membranen dialysiert.

Von den adstringierenden Präparaten, welche besonders im mucösen und serösen, gonokokkenfreien Stadium zur Anwendung gelangen, konnte sich das Alumnol = sulfosaures Naphthol-Aluminium keinen dauernden Platz erwerben; das Crurin = Chinolinwismuthrhodanat hat jedoch, und zwar auch für das akute Stadium der Gonorrhoe, vielfach Anerkennung gefunden.

Bei der Behandlung der gonorrhoischen Erkrankungen sind seit langem die Balsamica unentbehrlich geworden. Von den älteren Präparaten konnte sich nur das reine ostindische Sandelöl behaupten, weil es weit seltener wie Copaivabalsam und Cubeben den Magendarmkanal und die Nieren reizt. Da die Ausscheidung der Harnsäuren durch die Nieren einen gewissen hyperämischen Zustand dieser Organe hervorruft, so liegt die Vermutung nahe, daß eine etwa schon vorhandene Reizung der Nieren ungünstig beeinflußt werde. Man hat deshalb eine große Anzahl von Modifikationen und Kombinationen geschaffen, welche eine Verbesserung in dieser Hinsicht bedeuten sollen. Diesen Bestrebungen verdanken ihr Entstehen: Gonorol (gereinigtes Sandelöl), Salosantal ($^1/_3$ Salol, $^2/_3$ Sandelöl), Arheol (gereinigtes Sandelöl), Gonosan (0,06 Kawaharz 0,24 Sandelöl), Sandelöl in Glutoidkapseln, welchen den Magen ungelöst passieren etc. Diesen anzureihen sind:

Oleum cedri atlanticae, Extractum Kawa-Kawa, Extractum Pichi-Pichi, Extr. folior. Bucco (Diosmal), Kawaformtabetten (Kawaharz + Hexamethylentetramin) Arhovin (Additionsprodukt des Diphenylamins und der esterifizierten Thymolbenzoësäure und andere.

Von den therapeutischen Maßnahmen bei chronischer Gonorrhoe haben sich die Janet'schen Spülungen gut bewährt. Sie bewirken eine gründliche Entfernung des Sekretes, durch die starke Dehnung der Schleimhaut werden alle Falten ausgewaschen und behandelt gleichzeitig die Urethra anterior, die meist mitergriffene Urethra posterior und die Blase.

Im subakuten und chronischen Stadium der Urethritis anterior leisten auch die Kutner'schen Druckspülungen ausgezeichnete Dienste. Die Medikamente gelangen in alle Schleimhautfalten, der Compressor Urethrae kontrahiert sich bei starkem, kurzdauernden Drucke reflektorisch und verhindert das Eindringen von Flüssigkeit in die Pars prostatica oder Blase.

Die Bier'sche Stauung hat auch in der Behandlung der gonorrhoischen Gelenkentzündungen rasch Aufnahme gefunden. Die Resultate sind als sehr günstige zu bezeichnen: die Schmerzhaftigkeit im Gelenke verschwindet sehr bald und der Erguß gelangt zur spontanen Resorption.

Erwähnt sei noch der Versuch, bei chronischer Gonorrhoe das Lichtheilverfahren mittels Einführung sondenartiger Instrumente in die Urethra in Anwendung zu bringen.

Im Gegensatz zu der Myomtheorie Guyon's verficht Rovsing die Anschauung, daß die Prostatahypertrophie auf einer Hyperplasie des Drüsengewebes beruht. Er sieht darin nur den rein reflektorischen Versuch der Natur, eine beginnende senile Insuffizienz zu kompensieren durch Vermehrung des Prostatasekretes, wodurch eine Ver-Vergrößerung der Drüse zu Stande kommt.

Von den blutigen Eingriffen bei der Prostatahypertrophie bevorzugt Freyer die suprapubische Prostatektomie, welche in „Sectio alta" und Entfernung der Drüse in „toto" ohne Kapselverletzung besteht. Dies Verfahren erscheint besonders von Vorteil, wenn der Mittellappen sehr stark hervortritt oder gestielt ist. Eine stärkere Verletzung der „Pars prostatica" ist dabei oft nicht zu umgehen.

Die perineale Prostatektomie brachte Albarran wieder zu Ehren und empfahl sie besonders bei diffuser Hypertrophie der Lappen und bei günstigem Allgemeinzustande.

Als eine konservative Operationsmethode kam die subperineale Prostatopexie zur Einführung. Sie besteht in Freilegung und Isolierung der Prostata zum Zwecke der Verlagerung nach vorn und unten, dicht über den „anus". Ob dieses Verfahren dauernde Resultate zur Folge hat, muß erst die Zukunft lehren.

Ein sehr aussichtsreiches Verfahren stellt die „Excochleatio" der Vorsteherdrüse nach Riedel dar, eine intrakapsuläre Auslöffelung, bei welcher eine Verletzung der Urethra jedoch schwer zu vermeiden ist.

Unter den sexuellen Operationsmethoden zur Beseitigung der Prostatahypertrophie sind solche zu verstehen, welche auf eine Verödung der Genitalien und eine daran sich anschließende Schrumpfung der drüsigen Bestandteile der Prostata hinzielen. Sie kommen also nur bei der „Hypertrophia glandularis" in Betracht. Die anfängliche Begeisterung für diese Operationen hielt nicht lange an und heute redet ihnen fast niemand mehr das Wort. Es wurde ausgeführt: die doppelseitige Kastration, die doppelseitige Unterbindung der „Art. iliaca interna" und die doppelseitige Durchschneidung der „Vasa deferentia", welch letzterer Eingriff noch der harmloseste war. Die Wirkung dieser Operationen war sehr unbeständig und meist nur vorübergehend, stand jedenfalls in keinem Verhältnisse zur Größe der Gefahr.

Eine ganz hervorragende Stellung hat sich das schon 1874 von Bottini angegebene Verfahren erobert, bei welchem eine galvanokaustische Spaltung des hypertrophischen Teiles mit einem, durch die Harnröhre eingeführten Instrumente (Incisor) vorgenommen wird. Dadurch entsteht eine Rinne, durch welche der Urin freien Abfluß gewinnt. Diese schon fast vergessene Operationsmethode hat neuerdings in Freudenberg einen warmen Lobredner gefunden, welcher sich durch vielfache Verbesserungen des Instrumentariums und genaue Ausbildung der operativen Technik große Verdienste erworben hat. Die Operation kann auch bei schlechtem Ernährungszustande des Patienten vorgenommen werden, wie es bei den blutigen Verfahren meist nicht der Fall ist. Die Erfolge sind wohl sehr ermutigend, doch wird in den zahlreichen Publikationen auch über manchen Mißerfolg berichtet; auch kann es bei dieser Operation zur gefahrvollen Blutung und zur Gangrän kommen.

Die Versuche mit der Organotherapie bei Prostatahypertrophie wurden nicht lange fortgeführt, da absolut keine Einwirkung zu ersehen war. —

(Schluß folgt.)

Über Massage der Prostata und der Samenblasen.

Von Dr. **Artur Hennig-Königsberg** i. Pr.

Seit den ersten Veröffentlichungen über die rektale Massage der Prostata von Ebermann und Thure Brandt anfangs der neunziger Jahre, ist dieselbe — wie im Anschluß an sie die Massage der Samenblasen — nun im großen und ganzen Allgemeingut der Urologen geworden und zwar sowohl zwecks Untersuchung dieser Organe und ihrer Sekrete wie auch zur Therapie; nur ganz vereinzelt tauchen noch Stimmen auf, die den Wert derselben wesentlich einschränken, ja teilweise vollständig leugnen wollen. (Grosglik, Chelwood). Studiert man jedoch eingehend die einschlägige Literatur, so fallen einem die großen Differenzen der Ansichten der Autoren in bezug auf Indikationen und Kontraindikationen wie besonders der Technik auf und man darf leider behaupten, daß in diesem wichtigen Kapitel eine große Reihe von Fragen noch lange nicht genügend geklärt sind; diese wollen wir nun heraussuchen, kritisch beleuchten und unsere langjährigen Beobachtungen mitteilen.

Es wird immer noch von mancher Seite behauptet, daß man nicht imstande sei, die Prostata in ihrer Totalität, wenigstens nicht genau den oberen Rand der Basis abzutasten; dieser Behauptung muß entschieden entgegen getreten werden, solange es sich um normale oder um nur mäßig vergrößerte Drüsen handelt, nur bei enormen Vergrößerungen, wie bei der akuten Prostatis und Periprostatis, bei sehr ausgedehnten Abscessen der Drüse oder ihrer Umgebung und bei Tumoren derselben, gelingt es bisweilen nicht ohne Narkose, die ganze Drüse auch in ihren oberen Abschnitten abzutasten, doch sind dies Ausnahmen. Wenn ich von einer Abtastung spreche, so verstehe ich darunter lediglich die Untersuchung des betreffenden Organs mit dem Finger und zwar mit dem Zeige- und nicht mit dem Mittelfinger der rechten Hand, wie Kis vorschlägt, ohne jedes Instrument und hieran anschließend, will ich sogleich die Technik derselben wie die der Massage besprechen. Eine feinere Untersuchung kann nur mit dem Finger stattfinden, denn nur in der Fingerbeere haben wir das wohlausgebildetste Tastgefühl, das uns Aufschluß über Größe, Form, Konsistenz, Sensibilität, Sitz der Erkrankung geben kann, und aus diesem Grunde empfehle ich die Prostata stets und immer ohne Condom, ohne irgend eine schützende Decke direkt mit dem Finger zu untersuchen; fettet man den Zeigefinger tüchtig ein, führt ihn langsam ohne jede Gewalt und ruhig tastend, schonend per anum in das rectum ein,

so gelingt es bis auf wenige Fälle wohl stets und immer, die Prostata in ihrer ganzen Ausdehnung sorgfältig zu betasten behufs Stellung der Diagnose sowie in diagnostischer oder therapeutischer Hinsicht die Expression und Massage auszuführen; gewöhnlich gelingt es mit dem rechten Index, beide Lappen abzutasten, doch kommen auch Fälle vor, in denen es vorteilhafter ist, den rechten Lappen mit dem rechten und den linken mit dem linken Zeigefinger zu untersuchen resp. zu behandeln. In betreff der Lagerung bei der Untersuchung gehen die Ansichten gleichfalls bedeutend auseinander, doch halte ich es nicht für richtig, in diesem Punkte bestimmte Vorschriften zu geben, weil sich manche Fälle am besten in Rückenlage, andere in vornübergebeugter Stellung, noch andere in Knieellenbogenlage oder gar in seitlicher Lagerung untersuchen resp. behandeln lassen.

Ob man bei voller oder leerer Blase untersucht, ist irrelevant, doch gelingt es leichter, die Drüse bei mäßig gefüllter Blase auch ohne Einführung eines Bougies abzutasten, zumal wir bei der Untersuchung ja auch gleichzeitig auf das Sekret derselben ein besonderes Gewicht zu legen haben; erscheint das Sekret nach kräftiger Abtastung der Drüse resp. Expression am „orificium urethrae", so empfiehlt es sich, bei — im übrigen bezüglich der Untersuchung sich gleichbleibenden Verhältnissen — von vornherein die vornübergebeugte Stellung oder die Knieellenbogenlagerung einnehmen zu lassen; erscheint kein Sekret bei der Expression am „orificium", so kann es direkt in die Blase geflossen sein, und wir werden dasselbe dann mit Leichtigkeit im Sediment des nach der Expression gelassenen Harnes auffinden.

Wenden wir uns nun der Technik der Prostatamassage selbst zu; in betreff der Lagerung gilt dasselbe wie für die Untersuchung im allgemeinen, doch hat man, meiner Überzeugung nach, die meiste Kraft, resp. kann man dieselbe in feinster Weise ganz besonders in der Rückenlage des Patienten dosieren und zwar dann, wenn Patient mit gespreitzten Beinen, heraufgezogenen Knieen und tiefliegendem Oberkörper auf einer festen Unterlage in der Höhe eines Operationstisches liegt. Der Masseur setzt dann das rechte resp. linke Bein auf einen Stuhl, je nachdem er mit der rechten oder linken Hand massiert, den Ellbogen stützt er in die betreffende Inguinalgegend und geht in dieser Stellung, nachdem er sich schonend bis zur Drüse getastet, langsam, zart und vorsichtig zur Massage über; in manchen Fällen wird sich vielleicht die vornübergeneigte Stellung oder die Knieellenbogenlage besser als die eben angegebene Position eignen, das muß eben in

jedem einzelnen Falle der besonderen Einsicht eines geübten Operateurs überlassen bleiben.

Die Massage ist sehr verschieden auszuführen, je nach dem erwünschten Effekt; zur Sekretuntersuchung genügt es im allgemeinen vollständig, kurze Zeit streichende, glättende und zirkelförmige Bewegungen zu machen, bis ev. Sekret am „orificium" erscheint, und zwar empfiehlt es sich, stets ganz systematisch vorzugehen, erst einen Lappen, dann den andern zu massieren resp. zu exprimieren und den ev. Ausfluß auf eine untergehaltene Glasscheibe aufzufangen, weil schon häufiger auf diese Weise festgestellt werden kann, ohne daß die exakte Digitaluntersuchung wesentlichere Unterschiede in beiden Lappen ergibt, welcher von beiden erkrankt ist, zumal es oft vorkommt, daß nur der eine Lappen pathologische Veränderungen aufweist, während der andere normal ist. Handelt es sich dagegen um Abscesse, so wird man selbstverständlich in der Expression und Massage, die natürlich nur dann ausgeführt werden darf, wenn man fühlt und sieht resp., wenn sich aus der diagnostischen Untersuchung ergeben hat, daß das Sekret in die Harnröhre resp. Blase abläuft, die Drüse sich unter dem massierenden Finger verkleinert, so lange fortfahren, bis kein Sekret am „orificium" erscheint, oder man keine weitere Verkleinerung des Organs palpatorisch wahrnimmt.

In ähnlicher Weise wird man bei reinen Stauungen in der Drüse vorgehen, in denen es durch Überdehnung insuffizient gewordener Drüsengänge zur Stagnation gekommen ist; man wird zunächst immer mit leisen, reibenden Bewegungen auf der Oberfläche der Drüse und in ihrer nächsten Umgebung den Lymph- und Blutstrom etwas entlasten und dann erst qualitativ wie quantitativ auf die Drüse selbst einzuwirken suchen; bei dieser Form der Drüsenerkrankung fühlt man stets weichere Stellen, die sich leicht eindrücken lassen im Gegensatze zu anderen, härteren Partieen, die der Massage resp. der Expression widerstehen; auf diese hat man jedoch ganz besonders sein Augenmerk zu richten, weil hier gerade der Herd der Erkrankung zu sitzen pflegt. Ganz verfehlt wäre es nun, mit grober Gewalt diese Stellen zur Lösung resp. Verkleinerung zu bringen, sondern im Gegenteil muß man in diesen Fällen langsam, schonend, vorsichtig und stets eingedenk der kausalen Indikation im allgemeinen vorgehen, hier zeigt sich der Meister der Massage in der Beschränkung und der feinsten Dosierung seiner Kraft; stets muß darauf Rücksicht genommen werden, daß durch die Behandlung dem Kranken nicht Schmerzen zugefügt, sondern seine Beschwerden erleichtert werden, der Kranke muß sich nach jeder

Sitzung freier, leichter, frischer, energischer, weniger krank fühlen. Treten jedoch nach einer Prostatamassage resp. Expression der Drüse körperliches Unbehagen, vermehrte Beschwerden im Darm, am Perineum, in der Drüse selbst, der Blase, Urethra, Hoden oder Nebenhoden, Schwere im Becken, nervöse Unruhe im Körper, alle möglichen Hyperästhesien, Druck im Gehirn, blutiger Ausfluß oder blutiger Harn (geringe Blutbeimengungen im Expressionsekret finden sich öfters beim Prostataabszeß und sind ganz irrelevant) auf, so ist entweder in einem ungeeigneten Falle oder viel häufiger in ungeeigneter Weise massiert worden, eine Beobachtung, die ich in letzter Zeit leider häufiger an Patienten gemacht habe, die in sinnwidriger Weise behandelt worden waren. Die Prostata-Massage ist kein irrelevanter, kein harmloser Eingriff und kann, in verkehrter Weise ausgeführt, große Gefahren und Nachteile dem Kranken bringen, Nachteile, die auch der intelligenteste Urologe bisweilen nicht wieder gut machen kann und daher kann schon an dieser Stelle nicht genug gewarnt werden vor der von manchen Praktikern jetzt häufiger geübten sinn- und maßlosen Prostatamassage, denn auch sie verlangt, wie Bum richtig betont, präzise Indikationsstellung und genaueste Kenntnis der Effekte.

Mit besonderer Vorsicht muß endlich die Massage der Drüse bei einfachen Kongestionszuständen derselben oder als Teilerscheinung bei allgemeiner Blut- und Lymphüberfüllung, bei Stauung in dem gesamten Sexualgebiete, bei Hyper-, An- und Parästhesien der Geschlechtsorgane ausgeführt werden; unmöglich ist es natürlich, eine genaue Dosierung der Stärke wie der Zeitdauer der einzelnen Sitzungen anzugeben, weil sich gerade bei diesen Fällen jeder Schematismus aufs schwerste rächt und nur individualisierend vorgegangen werden darf und muß; wir sehen also bei der Behandlung der betreffenden Krankheiten sich enorme Schwierigkeiten auftürmen, die für einen allgemeinen Praktiker schier unüberwindlich sind, zumal alle diese Erkrankungen noch eine ganze Reihe rein spezialistisch-urologischer Maßnahmen erheischen, bei denen die Prostatamassage nur ein Glied, allerdings ein sehr wichtiges, in der langen Kette des therapeutischen Ringes bildet.

Ich hoffe nun im großen und allgemeinen die Krankheitsgruppen skizziert zu haben, in denen wir erfahrungsgemäß die Prostata-Expression und Massage mit günstigem Erfolge auszuführen im stande sind und will jetzt noch, bevor ich auf die Indikationen zur mechanischen Behandlung der Vorsteherdrüse übergehe, die Wirkungen derselben kurz besprechen.

Dieselben bestehen:

1., in der Bekämpfung der glandulären Kongestion und zwar sowohl der endothelialen, der interstitiellen wie der periglandulären und deren Folgezustände, wodurch eine Abschwellung der Prostata bewirkt, der Blut- und Lymphstrom reguliert, nervöse Störungen beseitigt, Urinbeschwerden etc. behoben werden; die Turgescenz der Drüse wird herabgesetzt (Kutner);

2., in der direkten mechanischen Entleerung der Drüsenräume wie der Ausführungsgänge derselben von dem in den erweiterten Drüsengängen stagnierenden entzündlichen Sekret einschließlich der Bakterien und dadurch hervorgerufen eine energischere Kraftentfaltung der Drüsengänge, Verminderung und Aufhören der subjektiven Klagen, Wiederkehr der Drüse zur normalen Funktion;

3., in der Kräftigung und dem Wiederbeleben der Nerven der Drüse selbst wie der benachbarten Organe, besonders Samenblasen und Blase, dadurch erhöhte Lebenstätigkeit der Drüse (Kutner) und der Veränderung des Prostatasaftes in seiner Wirkung auf die Spermatozoen (Fürbringer).

Fassen wir den Inhalt dieser drei Punkte kurz zusammen, so wird nach Beseitigung der Turgescenz der Drüse, der Anbahnung eines normalen Blut- und Lymphstromes, der Entleerung der Drüse von pathologischen Sekreten und der Anregung der Nerven zu normaler Tätigkeit ein erhöhter Stoffwechsel stattfinden, „wodurch die Drüse leichter ihre physiologische Aufgabe erfüllen, aber auch die pathologischen Bestandteile schneller fortschaffen kann" (Kutner).

Die Prostatamassage ist indiziert:

1. zur Diagnose,
2. zur Therapie.

Was den ersten Punkt anbetrifft, so wird sie noch lange nicht genügend für diesen Zweck in Anwendung gezogen; ich stehe nicht an zu behaupten, daß es notwendig ist, bei jeder Erkrankung des Sexuale wie aber auch bei einer Reihe von Klagen, die sich auf die Nierengegend, den Unterleib im allgemeinen, auf Defäkationsanomalien etc. beziehen, die Prostata einer gründlichen Untersuchung zu unterziehen, und zwar hat sich dieselbe nicht allein auf eine etwaige Volumszunahme oder sonstige digital nachweisbare Veränderungen der Drüse selbst zu beschränken, sondern auch in jedem einzelnen Falle ist das Sekret der Drüse ev. wiederholt zu untersuchen.

(Fortsetzung folgt.)

Über die Anwendung der Silberpräparate (speziell der modernen) bei der Gonorrhoe.

Eine Betrachtung für den praktischen Arzt.

Von **R. Loeb**, Arzt für Harnleiden, **Köln a. Rhein.**

Seitdem Neißer und seine Schule (vom Jahre 1897 an) die Silbereiweißpräparate in die Behandlung der Gonorrhoe eingeführt haben, seitdem auch die größte Mehrzahl der Autoren sich ganz im Sinne Neißers durchaus günstig für die neue Therapie ausgesprochen haben, sind die Silberpräparate bei der Mehrzahl der deutschen Ärzte die beliebtesten und meist angewandten Antigonorrholca geworden. Erst in den letzten Jahren haben wieder einzelne Autoren gegen die Silbertherapie Stellung genommen und erklärt, daß man mit den alten Methoden ebensogut und ebensoschnell voran käme; manche ganz radikale wollen schon wieder von den anfänglichen Injektionen nichts wissen und reden der alten expectativen Therapie das Wort. Ich will hier von Litteraturangaben absehen und nur auf 2 Arbeiten dieser Zeitschrift, die ihrerseits teilweise Litteraturangaben enthalten, verweisen: „Interne Behandlung der Gonorrhoe" von S. Boß-Straßburg (Jahrg. I, Heft 1, 2). — „Über den Wert der Abortiv-Behandlung der akuten Gonorrhoe" von R. Lucke-Magdeburg (Jahrg. I (1904), Heft 9 der „Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene").

Trotz aller Silbermittel, trotz Protargol, Argentamin, Largin, Ichthargan, Argonin, Albargin, Itrol, Novargan ist demnach die Behandlung der Gonorrhoe noch keine leichte geworden, auch trotz aller verbesserten Technik der Urethralinjektionen nicht, wie da sind: neue Gonorrhoespritzen mit teilweise größerer Kapazität, Janet'sche Spülungen, Guyon'sche und Diday'sche Instillationen, prolongierte Neißer'sche Injektionen etc. etc. Auch auf dem Gebiete der Technik differieren die Ansichten ebenso wie bezüglich der einzelnen Mittel, nur in bezug der Dauer vieler Gonorrhoeen hört man von allen Seiten das Zugeständnis, daß dieselben sich oft über 2 Monate hin ausdehnen können.

Greifen wir nun einmal zu den betreffenden Lehrbüchern und Handbüchern älteren Jahrganges (vor der Entdeckung des Gonococcus) und gehen wir gar bis auf die Mitte resp. Anfang vorigen Jahrhunderts zurück, so erfaßt uns Erstaunen ob der Einfachheit der Behandlung: Bettruhe, blande abführende Diät; innerlich Balsamica, Copaiva, Cubeben,

später Tannin, Zinkvitriol, Bleiacetat, argentum nitr.-Injektionen; bei den noch älteren Autoren Einspritzungen mit Rotwein, Catechu, Cortex (quercus et chinae, gummi kino, radic. Ratanhiae etc.). Mittel, die noch heute, viel mehr als man ahnt, von Kurpfuschern mit mehr oder minder Erfolg angewandt werden und Naturheilkundigen, die ihre Kenntnisse — wie allbekannt — weniger aus der Natur, als aus diesen alten Büchern beziehen, während wir modernen Ärzte oft zu unserem Nachteil diese historischen Quellen zumeist mehr vernachlässigen, als sie es in der Tat verdienen.

Die Dauer des akuten Trippers wird in diesen alten Büchern auf 10—30 Tage angegeben (??), nur bei falscher Behandlung (?) soll der akute schnell und leicht heilende und dankbar zu behandelnde (?) Tripper in das chronische Stadium übergehen, dem allerdings die damaligen Ärzte ziemlich ratlos gegenüberstanden, weshalb auch noch heute im Volke die vielfach verbreitete Ansicht herrscht, der chronische Tripper sei unheilbar.

Wenn wir auch nicht verpflichtet sind, unseren alten Kollegen alles aufs Wort zu glauben — fehlte ihnen vor allem das Mikroskop, um das Vorhandensein oder Fehlen von Gonococcen überhaupt zu beurteilen —, so können wir ihnen doch unmöglich abstreiten, daß sie mittelst Bettruhe, mittelst Copaiva, Catechu und Kino-Injektionen viele Fälle von akutem Tripper ebenso schnell zur Heilung gebracht haben, wie wir Modernen.

Angesichts dieser historischen Tatsache, angesichts des Widerstreits der Meinungen der modernen Autoren und Spezialisten, drängt sich dem nicht voreingenommenen die Frage auf: Können wir denn nicht ebensogut auf unsere ganze Silbertherapie verzichten oder bedeutet sie doch einen Fortschritt gegenüber unseren alten Methoden?

Wie allgemein bekannt, sollen die Silberpräparate die Gonococcen direkt töten im Gegensatz zu den Adstringentien, die zunächst auf die Entzündung der Schleimhaut lindernd und so erst indirekt gonococcentötend wirken sollen. Ohne mich auf theoretische Untersuchungen dieser Art einzulassen, will ich gleich zur Beantwortung unseres Themas schreiten und hier gleich vorwegnehmen, daß ich von meinem Standpunkte trotz allen Skeptizismus die Frage des Fortschrittes der modernen Gonorrhoebehandlung seit Einführung der Silberpräparate bejahen muß (ich rechne selbstverständlich den alten Höllenstein mit hierher zu den Silberpräparaten im Gegensatz zu den Adstringentien). Den besten Beweis hierfür liefern mir die allge-

mein anerkannten Fortschritte, welche wir auf dem Gebiete der Gonorrhoe-Prophylaxe und der Abortivkuren durch Einführung der Silbermittel gemacht haben — war doch vorher von Prophylaxe kaum die Rede! (Vergleiche: Blokusewski „Die Entwicklung der persönlichen Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten" (Monatsberichte für Urologie Bd. IX, Heft 11, 1904).

Daß prophylaktische Instillationen von Höllenstein und anderen Silberpräparaten unmittelbar „post cohabitationem" das Entstehen von Gonorrhoe überhaupt aufhalten können, haben viele Untersuchungen und Arbeiten in den letzten Jahren bestätigt; ich erinnere an die Arbeiten von Credé, Lange, Hausmann, Blokusewski, Neißer, M. Joseph, Kopp, Ledermann, Marschalko, Frank, Welander, Strebel, Biermann, von Zeißel, Bettmann, Engelbreth, Porosz, Lucke etc. etc.; ich verweise desgleichen auf meine Arbeit „Ein statistischer Beitrag zur Prophylaxe der geschlechtlichen Krankheiten" von R. Loeb (Dermatologisches Zentralblatt No. 11, V. Jahrgang) und eine in diesem Monat schon teilweise erschienene Arbeit: „Über den Wert der modernen Instillationsprophylaxe der Gonorrhoe" von R. de Campagnolle (Zeitschrift zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten Bd. 3, No. 1, 1904/05) — Arbeiten, in denen zum ersten Mal ein ausgedehnteres statistisches Material für den Nutzen der prophylaktischen Injektionen beigebracht wird. Die Ergebnisse meiner Statistik sind folgende: „Von 45 positiv beweisenden mit 20% Protargolinstillationen behandelten Fällen kamen nur 4 Infektionen mit Gonorrhoe zu stande; von 32 mit 2% arg. nitr.-Instillationen zwei Infektionen; von 33 Fällen, die mit prophylaktischen Instillationen meiner kombinierten Lösung (argent nitricum, cocainum nitricum 2%) behandelt wurden, kam nur eine Gonorrhoeinfektion vor. — — — Positiv sind für mich „unter dem Gebrauch der Prophylaxe lange durch Monate und Jahre hindurch beobachtete Patienten, womöglich solche, die ohne die Prophylaxe früher vielfach während ihres sexuellen Lebens Infektionen ausgesetzt waren", zu verstehen.

Campagnolle kommt zu ganz ähnlichen Resultaten wie ich: „6 Männer, die mit notorisch, 29, die mit wahrscheinlich gonorrhoisch erkrankten Frauen koitierten, sind durch die Prophylaxe vor Infektion geschützt worden; in 5 Fällen trat Infektion ein." „Vielleicht ist diese etwas erhöhte Ziffer im Vergleich zur Statistik Loebs zufällig, sagt Campagnolle. Jedenfalls haben Campagnolle und ich an

einem statistischen Material den Nachweis erbracht, daß die Schutzkraft der prophylaktischen Injektionen immerhin als eine beträchtliche zu bezeichnen ist. Der Schluß der Arbeit von Campagnolle ist noch nicht erschienen.

Von den prophylaktischen Injektionen gehe ich zur Abortivbehandlung über. Es darf nicht verschwiegen werden, daß noch heute viele, ja die meisten Autoren sich jeglicher Abortivbehandlung ablehnend, zum mindesten skeptisch gegenüber verhalten; andererseits haben jedoch in der letzten Zeit sich viele wiederum zu gunsten der Abortivbehandlung ausgesprochen: ich verweise nur auf Blaschko, Fuchs, Engelberth (Monatshefte für prakt. Dermatologie 39, No. 2) — Annales de mal. de org. genito — urin. 1904), — Bettmann (Münchener med. Wochenschrift 1904, No. 28), — Porosz (Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene, Jahrg. I, Heft 9), ferner: Ullmann, Zur präventiven, abortiven und Frühbehandlung des Trippers (Wiener medic. Blätter 1897 (43—46), — Welander, Zur Frage der abortiven Behandlung (Monatsh. f. pr. Dermat. 1887, Nr. 4), — Blank, Über abortive Behandlung (Med. Woche 1900, Nr. 17).

Unter den Abortivmitteln stehen die Silbermittel entschieden obenan. Auch ich habe sie vielfach und mit Erfolg zu Abortivkuren angewandt; und das wird meines Dafürhaltens jeder etwas geschickte und geübte Techniker, wenn er sich nur die richtigen Fälle für Abortivkuren aussucht, d. h. solche, die möglichst frisch sind, höchstens 1—2 Tage alte „post infectionem" (nach Lucke ist bis zum 6. Tage noch Aussicht auf Erfolg vorhanden). Oft genügen 2—3, oft erst 8—10 dieser Injektionen; nicht immer, aber häufig ist noch eine Nachbehandlung des Katarrhs vonnöten. Vorsichtig angewandt, speziell nur auf die vordere Harnröhre ausgedehnt, rufen diese Instillationen hie und da wohl stärkere Reizerscheinungen, starke Schmerzen, profuse Eiterungen, Schwellungen, Harnverhaltungen und Blutungen hervor; aber ich habe niemals tiefergehende Störungen, wie Cystitiden, Epididymiditen, längere Harnverhaltungen bemerkt, wie mir solche nach Janet'schen Spülungen und Injektionen mit größeren Spritzen unter Druck wohl zu Gesicht gekommen sind. Bricht man nach diesen Reizerscheinungen dann mit der Abortivkur ab, verordnet strikte Ruhe, Eis, eventuell Narcotica, so gehen die akuten Reizerscheinungen baldigst zurück — — die Abortivkur ist zwar mißglückt, aber man erlebt meistenteils die Freude, daß die Gonorrhoe milder verläuft als sonst. Auch Bettmann und Lucke bestätigen dies. Sonst sind starke Reizer-

scheinungen und profuser Eiter allein nicht immer Kontraindikation, die Abortivkur einzuleiten, speziell dann nicht, wenn die Gonorrhoeen erst 1—2 Tage alt sind (hier trifft man, allerdings seltener, ja auch hie und da schon reichlich Gonococcen mit Eiter). In 3—4 solcher Fälle, an die ich anfangs nur mit Zagen und auf Zureden der Patienten herantrat, ist mir wider Erwarten ein Koupieren des Proceßes auffallend schnell geglückt (vergleiche: Bettmann (Münch. med. Woch. 1904, No. 28), der sich ähnlich ausspricht. Ich hebe noch hervor, daß Bettmanns wie Luckes Statistiken doch sehr günstig sind, erstere spricht von 47%, letztere von 41% geglückten Abortivkuren; meine Statistik (Zahlen kann ich z. Z. noch nicht genau angeben) dürfte ein ähnliches Resultat haben.

Auf die Technik der Instillationen selber einzugehen, liegt ja eigentlich nicht mehr im Rahmen dieser Untersuchung, doch einiges sei der besonderen Wichtigkeit halber hier noch erwähnt. Ob wir uns nach Bettmann eines sterilisierbaren Haarfederkielpinsels (bezogen von der Firma Kroll in Heidelberg), oder — wie die meisten Autoren (so Lucke und ich) — der Guyon'schen Instillationsvorrichtung mit einem Instillationskatheter 11—14 Filière Charrière bedienen, ist nach meinen Erfahrungen gleichgiltig, zumal da die innige mechanische Berührung, auf die Bettmann mit Recht ein Hauptgewicht legt, auch mittels des am Ende knopfförmig verdickten Instillationskatheters erreicht werden kann, besonders wenn man Harnröhre zwischen Bougie und Finger noch gründlich massiert.

Daß ich Janet'sche Spülungen auch mit Silberlösungen ihrer Gefährlichkeit halber verwerfe (Epididymitis Cystitis!), habe ich schon ausgeführt; von Kalipermanganat- und Hydrargyrumoxycyanidlösungen habe ich zu Abortivzwecken nie viel erfreuliches gesehen. Das Sublimat wirkt nicht nur zu reizend, sondern steht dem argentum auch weit hintenan; kommen doch heute, wo das Sublimat ein so populäres Mittel geworden ist und in so viel unberufene Hände gelangt, vielfach Patienten zu uns, die sich „post coitum" eine recht starke Sublimatinjektion gemacht haben und — nebst einer eitrigen Harnröhrenentzündung — einen frischen Tripper aufweisen.

Als Abortivmittel stehen demnach die Silbersalze allen anderen weit voran, nur wird allerjüngst von Porosz dem „argentum nitricum" das 1—2% „acidum nitricum" vorgezogen (Monatshefte für Urol. 1904, No. 2. — Monatshefte für Dermatol. Bd. 38, No. 10), hinüber fehlen bisher eigene Erfahrungen. Es ist die weitere Frage zu

stellen, welches der Silbermittel — es werden ja bald unendliche — verdient den Vorzug?

Ich persönlich bevorzuge immer noch die alte Höllensteinlösung; sie hat wohl das Unangenehme stärkerer Reizbarkeit und ist deshalb in der Konzentration einer 1—2%-Lösung leider oft nicht anzuwenden; aber wenn man mit Höllenstein experimentieren kann, so habe ich wenigstens mit meinen Abortivkuren immer mehr Glück gehabt, als wenn ich eine 20% Protargollösung anwandte (vergleiche auch: R. Loeb, Stat. Beitrag zur Prophylaxe [Dermat. Zentralblatt V, No. 11]. Eine 8%—15% Albarginlösung scheint mir dem Protargol vorzuziehen zu sein; dazu hat das Mittel noch andere Vorzüge, ist weniger leicht zersetzbar und beschmutzt Hände und Wäsche weit weniger (vergleiche: Walter Pick — Therapie der Gegenwart 1903; — Klotz; — Medical News 1902). — Lucke zieht neuerdings 15% Novarganlösung vor (Monatsschrift f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene, Jahrg. I, Heft 9).

Diese klinischen Erfahrungen der Praxis sehe ich zu meiner großen Freude bestätigt durch eine allerjüngst erschienene, sehr wertvolle experimentelle Untersuchung von **Lohnstein** (Experimentelle Untersuchungen über die Wirkungen einiger Silberpräparate auf die Harnröhre des Kaninchens. Monatshefte für Urologie 1904, Heft 8, Bd. 9). Autor hat die Harnröhre von Kaninchen durch 2—8 Wochen hindurch mit verschiedenen Silberpräparaten irrigieren lassen, mit „argentum nitricum", „eosolicum", „Protargol", „Albargin", „Ichthargan", dann die Tiere getötet, die zu mikroskopierenden Schnitte mit Picrokarmin gefärbt und bei der Untersuchung auf folgende 3 Dinge sein Hauptaugenmerk gerichtet:

1. Auf das Vorkommen und die Verteilung des Silbers in und auf der Schleimhaut, also auf die Tiefenwirkung des Silbers.

2. Auf das Verhalten des Epithels, ob dasselbe stark verbreitert, alteriert, nekrobiotisch — oder vielmehr gleichmäßig erhalten blieb; was das günstigere erstrebenswerte ist.

3. Das Verhalten des bindegewebigen Anteils der Schleimhaut, insbesondere auf das Vorherrschen von Rundzellen Infiltrationen in der Schleimhaut: diese sind Teilerscheinung der Entzündung, dürfen also nicht vorhanden sein.

Es stellte sich nun heraus, daß das „argentum nitricum" die intensivste Tiefenwirkung hatte, daß ihm höchstens das „Ichthargan" nahe kam, während beim Protargol die Tiefen-

wirkung gleich Null war (!); dabei schont das argentum das Epithel, speziell in der posterior (vergleiche: die klinische Erfahrung der Vorzüglichkeit des argentum bei Gon. posterior und Cystitis!) — führte aber bei längerer Anwendung zur Epithelwucherung. Das Protargol hat keine Tiefenwirkung, führt zur Epithelverbreiterung und Rundzelleninfiltration. Das Albargin hat Tiefenwirkung in der anterior, nicht in der posterior und führt in der anterior zu keiner Epithelverbreiterung (beruht darauf, daß Albargin für die anterior erfahrungsgemäß nicht reizend wirkt und ein gutes Antigonorrhoicum für die Anfangszustände darstellt, aber ein schlechtes für die hintere Gonorrhoe??) Ähnlich verhält sich — auch nach den Untersuchungen von Goldberg — das Ichthargan. (Ausführlicheres enthält Referat in dieser Zeitschrift von R. Loeb.)

Nach dieser kurzen Abschweifung gelange ich zum zweiten Teile meiner Arbeit — zur Anwendung der Silberpräparate speziell der modernen Eiweißpräparate, bei der akuten und chronischen Gonorrhoe innerhalb deren Verlauf selbst.

Ich möchte dringend davor warnen, nun von der theoretischen Anschauung aus (speziell im Hinblick auf die schöne experimentelle Arbeit Lohnsteins) etwa gar den aprioristischen Schluß zu ziehen (trotzdem letzerer fast selbstverständlich erscheinen könnte), was das beste Prophylacticum, das beste Abortivmittel darstelle, das müsse notgedrungen auch das beste, das einzige Arzneimittel für die Krankheit selbst sein! Nein! es ist das ein ganz neues Kapitel, an das wir ganz ohne Voreingenommenheit, ganz als Empiriker herantreten müssen. Mit viel Liebe und Zuversicht habe auch ich, gleich manchem Spezialkollegen, mich innerhalb der letzten 5 Jahre an einem ziemlich reichen Material der neuen Silbertherapie zugewandt, auf eine Zeitlang die Erfahrungen meiner Assistentenzeit unter meinem hochverehrten Chef, Herrn Professor Dr. Casper, fast vergessen, trotzdem ich damals genug Gelegenheit hatte, mich von der Vorzüglichkeit der älteren Präparate zu vergewissern: das „Thallinum sulfuricum", das „Zincum" und „kali permanganicum" und vor allem die alte, viel gebrauchte Höllensteinlösung nicht zu vergessen!

Und das Facit meiner Erfahrungen? Es ist kurz folgendes: Gewiß, unsere modernen Silbermittel leisten viel und ich möchte sie nicht mehr entbehren; sie sind eine ungeheure Bereicherung unseres Arzneischatzes —, aber andererseits müssen wir auch offen zugestehen: der akute Tripper dauert noch eben so lange wie früher,

(von den Abortivkuren ist selbstverständlich abgesehen!) und der Komplikationen gibt es noch eben so zahlreiche. Ich möchte sogar glauben, daß man, wo es anläßlich, mit einer expectativen Therapie in dem Anfangsstadium — in Verbindung mit interner Verabreichung von Balsamicis, z. B. des vorzüglichen Gonosans —, mit einer sanft adstringierenden Therapie in den späteren Wochen ebenso schnell, wenn nicht oft schneller, zum Ziele kommt. (confer. Boß: „Die interne Behandlung der Gonorrhoe". Monatsschrift f. Harnkr. u. sex. Hyg., Jahrg. I, 1904, Heft 2, 3), auch Leinsamenthee „Herba equiseti", „Folia Bucco conc". wirken hier günstig. In den ganz späten Stadien der akuten Gonorrhoe, speziell aber bei der Gonorrhoe posterior und chronischer Gonorrhoe, der Cystitis gebe ich nach meinen Erfahrungen der alten Höllensteinlösung entschieden den Vorzug vor allen modernen Silberpraeparaten (vergleiche die zitierte Lohnsteinsche Arbeit). Hier wirken intensive Höllenstein-Injektionen 0,03—0,1 : 200 resp. 1—2 % Instillation nach Guyon oft Wunder (ebenso wie bei Cystitiden nicht gonnorrhoischen Ursprungs!)

Selbstvorständlich kann und will ich hier nicht auf die Therapie des Trippers in seinen Einzelheiten eingehen; mir lag ja nur die Erörterung der Frage am Herzen, ob außer den Silbermitteln auch noch unsere alte expectative und adstringierende Therapie der Beachtung durch den Praktiker verdient. Diese Frage glaube ich entschieden bejahen zu müssen.

Angesichts der täglich neu auf den Markt kommenden Silberweißpräparate, dies in in einer besonderen Arbeit festzustellen, erschien mir nicht ohne alle Bedeutung. Erfreuen wir uns der modernen Silberpräparate, aber vergessen wir ebensowenig die alte Therapie!

Bemerkungen über gonorrhoische Arthritis.

Von **Dr. Schuster-Aachen.**

Von den beiden sogenannten Geschlechtskrankheiten Syphilis und Gonorrhoe können wir sagen, daß sie noch Jahre nach ihrem Entstehen ihre Visitenkarte abgeben und zwar nicht so gar selten auch nach eingegangener Ehe, als Beweis, daß weder die eine, noch die andere gründlich zur Heilung gekommen war. Obzwar dies bei beiden geschehen kann, und zwar bei der Gonorrhoe viel eher, als bei der Syphilis, weil wir bei ersterer das rechte Wesen im Gonokokkus kennen gelernt haben

und mit dessen Abhandensein die Heilung annehmen können, so werden dennoch gar zu häufig Heiraten eingegangen, ehe die volle Heilung vom Arzte konstatiert war. Die Syphilis meldet sich dann — wir sehen hier bei ihr, wie bei der Gonorrhoe, von der möglichen Übertragung auf die schwächere Ehehälfte ab — in der Form der einen oder anderen Organerkrankung, die Gonorrhoe meist in Form des Gelenkrheumatismus. Viele der wegen ihres Gelenkrheumatismus die verschiedenen Thermalbäder jährlich besuchenden Kranken weisen sogenannte Tripperfäden und Prostatahypertrophie auf als Wahrzeichen des gonorrhoischen Ursprungs der Arthritis.

Die Bezeichnung gonorrhoische Gelenksentzündung oder Arthritis an Stelle von Tripperrheumatismus hat sich immer mehr eingebürgert. Wir verstehen darunter die Entzündung eines größern Gelenkes oder auch die mehrerer Gelenke während eines akuten oder auch chronischen Verlaufes und infolge der Gonorrhoe. Nach den aus Universitätskliniken stammenden Berichten ist die Erkrankung eines Gelenkes, meist des Knies die Regel, die vieler Gelenke die Ausnahme. Das ist aber ein Irrtum. Die chronische gonorrhoische Polyarthritis findet sich eben viel häufiger in der Privatpraxis. Diese schon lange vor der Entdeckung des Gonokokkus bekannte Erkrankung ist durch den Befund des Gonokokkus in den Gelenksexsudaten als vom Tripper bedingt zweifellos geworden. Ja, wir wissen durch den Nachweis des Neißerschen Gonokokkus im Blute usw., daß dieser aus der Urethra ins Blut und damit auf die verschiedenen serösen Häute, in die Sehnen, Nervenscheiden, Herzklappen, Pleuren gelangen und sie krank machen kann. Für solche, wenn auch im Vergleiche zur Häufigkeit des Trippers selteneren Allgemeinerscheinungen, habe ich die Bezeichnung „Gonorrhoismus" vorgeschlagen. In dem Novemberheft der „Archives de Méd. et de Chir." hat dessen Herausgeber, Dr. Suarez de Mendoza, für die Trippererkrankung, sowohl für die lokale Urethritis gonorrhoica wie für ihre Folgen, die Bezeichnung „Neißerose" vorgeschlagen und gebraucht. Hätte der verdienstvolle Entdecker des Gonokokkus die Gonorrhoe als solche zuerst entdeckt, so wäre sie als neu entdeckte Erkrankung wert gewesen, mit dem Namen ihres Entdeckers benannt zu werden, ähnlich wie z. B. die Basedowsche Erkrankung. Aber ebenso wenig wie man die Lepra, die Armauer Hansenose oder die Tuberkulose jetzt die Kochose benennen wird, ebensowenig dürfte wohl die Bezeichnung „Neißerose" die der Gonorrhoe oder des Trippers ins Gedränge bringen.

Es bedarf noch der Erwähnung, daß eine, wenn auch nicht häufige Komplikation der gonorrhoischen Arthritis die „Iritis“ ist.

Je nach der Beschaffenheit des Gelenksexsudates wird auch der Verlauf sich in bezug auf die Heilung gestalten. Es findet sich nach König entweder seröses, serofibrinöses oder eitriges Exsudat vor, letzteres zuweilen mit „Phlegmone“ gepaart. Dieser Autor hebt auch die ganz besondere Tendenz der gonorrhoischen Arthritis zur Ankylosierung hervor. Diese wird ganz gewiß gefördert durch immobile Gipsverbände, zu denen die oft bestehende Schmerzhaftigkeit bei leisen Bewegungen und Lageverschiebungen den Arzt nötigt. Wer aber auch nur einmal solch knöcherne Verwachsung eines Ellbogen- oder Fußgelenkes gesehen hat, der wird den Gipsverband nur unter der Bedingung seiner leichten Abhebbarkeit gutheißen können.

Bei Erkrankung vieler Gelenke werden diese meist nacheinander und oft sprungweise befallen. Man könnte da annehmen, wenn zunächst ein größeres Gelenk sekundär infiziert ist, daß dieses nun die Krankheitsquelle für die anderen wird. Da man aber immer ein gleichzeitiges Fortbestehen, sei es einer abundanten oder spärlichen Urethralgonorrhoe feststellen kann, so liegt die Annahme näher, daß, wenn einmal der Gonokokkus von der Urethra aus seinen Eingang in die Blutzirkulation gefunden hat, er diesen Weg bei dem bekannten oft lange Zeit fortbestehenden Urethralprozeß auch wiederholt einschlagen wird. Hieraus folgt dann auch bei bestehender gonorrhoischer Arthritis die Notwendigkeit der Heilung der gonorrhoisch kranken Urethra und der etwa gonorrhoisch miterkrankten Nachbarorgane, wenn man diese Arthritis heilen und den Kranken vor ihren nicht so seltenen Rezidiven schützen will. Hierzu stimmt auch die Beobachtung, daß der einmal von Tripperrheumatismus Befallene bei jeder neuen gonorrhoischen Urethralinfektion auch wieder einen neuen Anfall von Gelenkserkrankung erleidet; ähnlich verhält es sich mit der Iritis.

Eine Komplikation der gonorrhoischen Arthritis, die ich in fünf Fällen angetroffen habe, ist die Miterkrankung der Wirbelsäule, die Spondylitis; betrifft diese den Halsteil, so erscheint der Kopf, in seiner Unfähigkeit sich zu bewegen, wie angenagelt; ist der Lumbosakralteil mitbefallen, so ist ein Wenden des Körpers sehr erschwert. Wie hartnäckig auch diese Komplikation ist, so ist sie doch der Heilung zugängig.

Bei der akuten Form der gonorrhoischen Arthritis ist das Fieber selten sehr hoch; bei der chronischen Form fehlt es gewöhn-

lich. Immerhin kann die lange Dauer der schmerzhaften Erkrankung in ihrer Verbindung mit Schlaflosigkeit Abmagerung bis zur Skeletterscheinung bringen, auch bei etwaiger Mitbeteiligung des Herzens, der Pleura, des Rückenmarkes lebensgefährlich werden. Meist ist die Prognose „quoad vitam" eine günstige, aber an den erkrankten Gelenken bleiben – abgesehen von knöchernen Verwachsungen — zuweilen fibröse Verdickungen, Schmerzempfindungen bei vermehrten Anstrengungen zurück.

Was nun die Behandlung betrifft, so nötigen die akuten Fälle zur Ruhigstellung der entzündeten Gelenke. Bei hohem Fieber paßt der Eisbeutel; sonst aber erreicht man bei Erkrankung einzelner großer Gelenke oft durch intensive Wärmeanwendung, Kataplasmen, Heißluftapparate gute Besserung; auch wird man die innerliche Anwendung der Salizylpräparate nicht unversucht lassen.

Ist der Hydrops sehr groß, so kommt die Punktion mit folgender Ausspülung mittels 3% iger Carbollösung in Frage. Eitrige Exsudate, insbesondere wenn sie mit Phlegmone verbunden sind, verlangen ernste chirurgische Hülfe.

Bei chronischer Entzündung der Fuß-, Knie- oder Hand- und Ellenbogengelenke, wo Heißluftanwendung, transpirierend wirkende heiße Vollbäder nicht helfen, muß die von Bier in die Praxis eingeführte venöse Stauung versucht werden; sie wird tagsüber ausgeführt, nachts beseitigt, der wenn auch oft langsam eintretende Erfolg ist manchmal ein vollständiger.

Aus meinen Erfahrungen kann ich insbesondere bei chronischen Formen heiße, von 35° C bis 40 und 42° gesteigerte, etwa 20 Minuten dauernde Vollbäder mit nachfolgendem Schwitzen, bei gleichzeitigem Gebrauche von subkutaner Einspritzung von 10—20 g 25% Jodipins nahe den erkrankten Teilen sehr empfehlen. Diese Einspritzungen passen nicht allein bei den Erkrankungen der großen Gelenke, sondern auch da, wo man die Biersche Stauung nicht ausführen kann, z. B. am Hüft- und Schultergelenke, am Clavicularansatz, bei Erkrankung der Wirbelsäule, sowohl im Nacken, als am „os sacrum", resp. da, wo die Wirbel erkrankt sind. Es gibt eine Reihe von gonorrhoischen Arthritisformen, nach deren Besserung — wie z. B. am Knie, unterhalb der Patella, am Fußgelenke — nur eben merkbare Schwellungen zurückgeblieben sind, die, wenn sie auch keine große Funktionsstörung bedingen, dennoch durch ihr sehr langes Fortbestehen sowie wegen der wenn auch nicht gerade sehr starken Schmerzhaftigkeit den Patienten

belästigen, um so mehr, als sie zuweilen bei größeren Anstrengungen exazerbieren. Hier sind die Jodipininjektionen nahe den erkrankten Teilen sehr am Platze.

Wenn man seiner aseptischen Nadel und seines hellen Jodipins, das vor der Injektion leicht erwärmt wird, sicher ist, wenn man in die durch Chloraethyl unempfindlich gemachte und sterilisierte Hautstelle so einsticht, daß das Öl subkutan zu liegen kommt, die Stichöffnung dann mit Collod. elasticum und reiner Watte schließt, so wird man nicht leicht eine unangenehme Nachwirkung haben. Immerhin ist es empfehlenswert, bei Injektionen um das Knie, das Fußgelenk den Patienten 24 Stunden im Bette zubringen zu lassen. Früher ließ ich den Kranken sehr bald nach der Injektion herumgehen, das scheint aber zuweilen zu Schwellungen bis zu Lymphangitis Veranlassung zu geben, das würde dann erst recht Bettruhe, Bleiwasserumschläge, Einreibung mit grauer Salbe erforderlich machen. Gewöhnlich kann die Injektion an einem Gelenke alle 2—3 Tage vorgenommen werden. Die Besserung tritt gewöhnlich am dritten bis vierten Tage nach der Injektion ein.

In den Fällen von Polyarthritis gonorrhoica, wo viele Gelenke, insbesondere die Wirbel mit befallen sind, wo heiße Bäder und Jodipininjektionen zwar gebessert, aber nicht geheilt haben, kann ich nach den vielen günstigen damit erzielten Erfolgen den Mitgebrauch von Einreibungen mit Quecksilbersalbe, methodisch täglich durchgeführt, nur immer wieder empfehlen.

Während also vor nicht vielen Jahren die Behandlung der Polyarthritis gonorrhoica in ihren verschiedenen Lokalisationen sehr viel zu wünschen gab, sind wir heute mit erfolgreicherem Rüstzeug gegen sie versehen.

Zur Abortivbehandlung der akuten Gonorrhoe.

Von **Dr. Arthur Strauß-Barmen.**

Nach einem Vortrag in der Sitzung des „Vereins rheinisch-westfälischer Dermatologen und Urologen" in Düsseldorf am 4. Dez. 1904.

So vorzüglich sich Spülungen mit übermangansaurem Kali (Janet) bei der subakuten und, namentlich unter gleichzeitiger Benutzung von Spülsonden, bei chronischer Gonorrhoe bewähren, so wenig geeignet erweisen sie sich für die Abortivkur der akuten; nicht nur wegen ihrer

Schmerzhaftigkeit und der mit ihnen oft verbundenen Steigerung der Entzündung (Ödem der Glans und des Präputiums, Blutungen) und Gefahr von Komplikationen (Urethritis posterior, Epididymitis, Prostatitis, Cystitis), sondern auch wegen ihrer Mißerfolge. Es ist mir nie gelungen, in einigen Tagen mit ihnen die Gonorrhoe zu kupieren, selbst wenn ich Gelegenheit hatte, die Behandlung unmittelbar nach dem Erscheinen des ersten Tropfens, etwa am 3. oder 4. Tage nach der Infektion, zu beginnen; und auch nach einer Durchführung der Spülungen über 1 bis 2 Wochen hinaus habe ich vor der üblichen Injektionstherapie bezüglich der Abkürzung der Behandlung keine Vorteile gesehen. Im Gegenteil nur Nachteile, die ich schon erwähnte. Diese Kur ist aber auch für den Kranken und den Arzt sehr umständlich, zwingt dem Patienten einen ein- bis zweimaligen täglichen Besuch beim Arzte auf und verursacht ihm dadurch — was hervorzuheben ist — überflüssige pekuniäre Opfer. Mit Rücksicht auf die Enttäuschungen, welche diese Methode der Abortivbehandlung, auch bei der Anwendung schwacher Lösungen nach Guiards und Valentines Vorschlag, gebracht hat, wäre es nun zu schroff, wenn man sich auf den Standpunkt derjenigen Ärzte stellen würde, die jede Abortivkur prinzipiell verwerfen, weil sie ihre Möglichkeit bezweifeln.

Bei der Beobachtung der notwendigen Indikationen kann tatsächlich die beginnende Gonorrhoe in einigen Tagen im Keime erstickt werden, und zwar ohne Unbequemlichkeit für den Kranken. Die Zweifler sollten nur einmal die Dankbarkeit eines Geheilten sehen, dem nach einer Kur von drei Tagen und einer darauf folgenden behandlungsfreien Beobachtungszeit von etwa $1^1/_2$ Wochen die Gewißheit gegeben werden kann, daß seine Gonorrhoe beseitigt ist. Sie würden zu entschiedenen Anhängern der Abortivkur werden und künftig auf ihre Kranken belehrend einwirken, daß sie bei den ersten verdächtigen Zeichen sofort ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Das Publikum über die Möglichkeit der abortiven Behandlung der frischen Gonorrhoe bei den allerersten Anzeichen aufzuklären und den großen Wert sofortiger ärztlicher Hilfe hervorzuheben, scheint mir ein dankbares und bedeutsames, längst nicht genug gewürdigtes Gebiet der Prophylaxe zu sein.

Die Schmerzhaftigkeit und Gefahr der Janet'schen Spülungen wird nun keineswegs gemindert, wenn man sich statt des Kalium hypermanganicum des Argentum nitricum oder seiner in den letzten Jahren so zahlreich erstandenen organischen Ersatzmittel, wie des Protargol,

Largin, Albargin, Argentamin usw. bedient. Bei diesen Spülungen läßt sich eben ein mechanisches Moment nicht ausschalten, die Spannung und Dehnung der entzündeten Schleimhaut, welche vor allem die Schmerzhaftigkeit bedingen.

Wir bleiben daher auf jene Methoden angewiesen, welche eine übermässige Spannung mit ihren Folgezuständen vermeiden lassen, entweder auf Injektionen mit der Tripperspritze oder auf Auspinselungen, oder endlich auf Instillationen mit dem Guyon'schen Knopfkatheter. Dem letzteren gebe ich den Vorzug, weil er die Einführung der Lösungen ohne jede Spannung der Schleimhaut gestattet; sodann, weil er die sichere Deponierung des Medikamentes bis zum Bulbus und nicht darüber hinaus ermöglicht, und endlich, weil er den Kranken am wenigsten belästigt; weniger als eine einfache Injektion resp. als die Einführung eines urethroskopischen Tubus mit nachfolgender Auspinselung oder eines durch eine Gummikappe cachierten Federkielpinsels, wie ihn Bettmann empfohlen hat.

Welches Mittel ist nun das für die Abortivkur geeignetste? Das wohl am meisten benutzte, mit bestem Erfolg von anderen Autoren (u. a. Ahlström, Blaschko) erprobte und auch nach meinen Erfahrungen empfehlenswerteste Medikament ist das Protargol. In den letzten Jahren habe ich mindestens 50 Fälle abortiv behandelt und $^1/_3$ derselben mit vollem Erfolge. Hätte ich das Verfahren, wie ich es hier schildere, bei allen Fällen und nach sorgfältigerer Auswahl derselben und strengerer Indikationsstellung ausgeführt, so würde der Prozentsatz der Heilungen sicher ein noch größerer sein.

Ehe ich die Methodik meiner Behandlung beschreibe, will ich kurz die Gesichtspunkte aufführen, die für die Auswahl der Fälle maßgebend sein sollen.

Geeignet für die Abortivkur ist jeder frische Fall, der am dritten, vierten oder fünften Tage nach der Infektion zur Beobachtung kommt, sofern das Urinieren nicht schmerzhaft, der Ausfluß nicht rein eitrig und das Orificium nicht inflammiert ist. Am günstigsten liegen die Verhältnisse, wenn bei höchstens dreitägiger Inkubationszeit die Kur unmittelbar, nachdem die Infektion dem Kranken durch ein leichtes Prickeln und den ersten serösen Tropfen zum Bewußtsein gekommen ist, unternommen wird. Man findet dann mikroskopisch Eiterzellen und in geringerer Zahl Epithelien, sowie intra- und extracellulare Gonokokken in noch nicht sehr reichlicher Zahl. Leider sind diese Fälle selten. In der Regel dauert die Inkubation vier bis sieben Tage, ja

noch länger. Auch in solchen Fällen kann die Abortivkur noch mit Erfolg durchgeführt werden, wenn der Ausfluß einen bis höchstens zwei Tage lang besteht, noch gonokokkenarm ist und keine Anzeichen einer subepithelialen Entzündung vorliegen. Diese ist, wie Engelbrecht hervorgehoben hat, durch eine Inflammation des Orificiums charakterisiert. Sie ist aber auch kenntlich an der Schmerzhaftigkeit bei der Miktion und der rein eitrigen Beschaffenheit des schon sehr gonokokkenreichen Ausflusses. Bei solchen Symptomen hat, auch wenn der Ausfluß erst am Tage vorher in die Erscheinung trat, die Abortivkur keine Aussichten mehr auf Erfolg.

Daß irgendwelche Komplikationen, z. B. eine Entzündung der hinteren Harnröhre, ebenfalls eine Abortivkur contraindizieren, dürfte selbstverständlich sein.

Die Kur wird nun in folgender Weise durchgeführt: Nachdem der Kranke uriniert hat, wird ein Knopfkatheter von 14 Charrière bis zum Bulbus eingeführt und, während der Kranke die Harnröhre komprimiert, 1—2 ccm einer 10 %igen Protargollösung, der Antipyrin 4 %ig zugesetzt ist, injiciert. Das Antipyrin setzt die Empfindlichkeit außerordentlich herab. Der Lösung Glycerin zuzufügen, wie es Bettmann empfiehlt, halte ich nicht für nützlich, weil es die Reizwirkung steigert, ohne die Aussichten auf einen Erfolg der Kur zu erhöhen. Während der Einspritzung wird der Katheter langsam hervorgezogen. Der Rest wird in der „Fossa navicularis" derart deponiert, daß das Orificium von der Lösung bespült ist. Der Kranke bleibt nun fünf Minuten liegen, läßt dann die Lösung ausfließen und erhält in derselben Weise eine zweite Instillation, die wiederum fünf Minuten in der Harnröhre festgehalten wird. Diese Einspritzungen werden an den beiden folgenden Tagen wiederholt. Weiterhin verschreibe ich in einer Simplex-Flasche (s. Anm. unten) 200 g einer 1 %igen Protargollösung mit einem Zusatz von 2 g Antipyrin. Mit dieser hat der Patient zuhause dreimal täglich je zwei, jedesmal fünf Minuten in der Harnröhre zu belassende Injektionen zu machen. Den Erstinfizierten muß man sie lehren und zwar, bevor man die Instillationen macht. Nachher würde die eingespritzte schwächere Lösung die Nachwirkung der instillierten stärkeren beeinträchtigen. Nebenher gebe ich innerlich Sandelholzöl und lasse strengste Diät innehalten.

Bei günstigem Verlauf wird nun folgendes beobachtet: Die erste Instillation verursacht zunächst ein stärkeres Brennen in der Eichel. Dieses läßt aber, während die Lösung in der Harnröhre festgehalten wird, allmählich nach und wird auch bei der zweiten Instillation kaum

empfunden. Die während des Tages vorgenommenen Injektionen verursachen keine besondere Empfindlichkeit. Dagegen ist das Urinieren jedesmal, wenn auch nicht schmerzhaft, so doch empfindlich. Meist tritt eine dünnflüssige, milchige Sekretion auf, die, wenn auch in geringerem Maße, an den beiden nächsten Tagen bestehen bleibt. Sie verschwindet in der Regel sofort, wenn die Behandlung abgebrochen wird. Das Urinieren verursacht an den beiden folgenden Tagen keine besondere Empfindlichkeit mehr. Das dünnflüssige Sekret zeigt mikroskopisch Leucocythen, Schleim, Epithelien, keine Gonokokken. Vom vierten Tage an wird keine Instillation und keine Injektion mehr vorgenommen.

Es zeigen sich in den nächsten Tagen dann meist noch Fäden im Urin, die mikroskopisch zu untersuchen sind. Schließlich verlieren sich auch diese. Nach einer Beobachtungszeit von etwa einer Woche wird der Alkoholgenuß wieder gestattet und, wenn auf ihn keine Reaktion eintritt, die Heilung angenommen. Um ganz sicher zu gehen, ließ ich die Kranken nach 14 Tagen nochmals zu mir kommen, oder mir schriftlich bestätigen, daß kein Sekret wieder aufgetreten sei. Ein Recidiv zeigt sich entweder sofort nach dem Aussetzen der Kur oder erst nach einigen Tagen, resp. nach dem ersten Alkoholgenuß durch eitrigen Ausfluß und gesteigerte Empfindlichkeit bei der Miktion.

Wie verhält es sich nun bei von vornherein ungünstig verlaufender Kur?

Hier möchte ich gleich hervorheben, daß keineswegs ein heftiges Auflodern der Gonorrhoe mit großer Schmerzhaftigkeit beobachtet wird, wenn man nicht unnützer Weise die Kur gewaltsam durchzuführen sucht. Man kann vielmehr den Zustand mit einem unter der Asche glimmenden Funken vergleichen. Die Gonorrhoe ist wie niedergeschlagen. Der Ausfluß ist gering, enthält Schleim, Leucocythen und Epithelien. Der Zustand ist äußerlich oft kaum von demjenigen zu unterscheiden, der sich bei gelingender Kur darstellt und kann, wenn man nicht sorgfältig mikroskopische Untersuchungen vornimmt, leicht zu der irrtümlichen Annahme einer abortiven Heilung verleiten. Auffällig ist es stets, wenn Einspritzungen und Miktion an den beiden nächsten Tagen sehr empfindlich bleiben. Sieht man gar am zweiten oder dritten Tage noch Gonokokken, so soll man die Kur sofort abbrechen; denn eine weitere Fortsetzung derselben würde zu keiner abortiven Heilung führen. Sie würde nur eine stärkere entzündliche Schwellung der Schleimhaut mit gesteigerter Empfindlichkeit bei der Miktion veranlassen und die Durch-

führung der Injektionstherapie erschweren. Die Gonokokken sind dann schon zu tief in die Schleimhaut eingedrungen.

Komplikationen habe ich bei dem geschilderten Verfahren nie beobachtet und ich kann nur hervorheben, was auch Blaschko ausdrücklich betont hat, daß die Fälle, in denen die Abortivkur nicht gelingt, keineswegs einen schlimmeren Verlauf nehmen, als gewöhnliche; manchmal habe ich sogar eine auffallend milde und schnelle Heilung gesehen. Die Kranken erleiden daher, auch wenn die Abortivkur versagt, keine Nachteile. Und gerade dadurch, daß das hier beschriebene einfache Verfahren das „nihil nocere" erfüllt, gewinnt es an Bedeutung, und ich kann nur empfehlen, es in jedem geeigneten Fall von akuter Gonorrhoe nach sorgfältigster Indikationsstellung anzuwenden.

Anm.: Auf die Einfachheit dieser Flaschen erlaube ich mir bei dieser Gelegenheit aufmerksam zu machen:

Den Verschluß derselben bildet eine in sie hineinragende Glashülse, in welcher die Spritze hängt. Die Glashülse dient gleichzeitig als Behälter für die jeweilig einzuspritzende Menge. In Folge dieser Anordnung beanspruchen Flasche (von flacher Form), Behälter und Spritze nicht mehr Raum als eine gewöhnliche Flasche allein und können bequem in der Tasche getragen werden. Die Spritze kommt nie mit der Stammlösung in Berührung und desinfiziert sich in der Hülse stets von selbst.

Macht man auf dem Rezept den Zusatz „In Flasche Simplex", so ordiniert der Apotheker die Lösungen in der Flasche mit Spritze und Behälter. Vorrätig sind Flaschen mit 200 und 100 g Inhalt.

= Bezugsquelle für die Apotheker: Chirurg. Glaswarenfabrik Herm. Käsemodel in Ilmenau in Thüringen. =

Keratosis der Harnröhre.

Von Dr. **Karl Jooß**, Spezialarzt für Urologie **(München)**.

Die Keratosis ist eine Erkrankung der Urethra, die in früheren Jahren ganz unbekannt war, da sie erst mit dem Urethroskop beim Lebenden diagnostiziert werden konnte. Während die alten Lehrbücher der Urethroskopie nur schwache Schilderungen der Keratosis enthalten, schildert erst Oberländer (welchen wir mit Recht den Begründer der modernen Urethroskopie nennen können) diese Epidermisierung der Harnröhre sehr eingehend.

Er und andere gebrauchen nach dem Vorbilde Virchow's bei der Schilderung dieser Krankheitsform meistens den Namen „Pachy-

dermie", — ein Name, der nach meiner Ansicht dem Krankheitsbild durchaus nicht gerecht wird und zu falschen Anschauungen führen dürfte. Unter Pachydermie versteht der Dermatologe das in seinen gröbsten Graden als „Elephantiasis Arabum" bezeichnete Krankheitsbild, bestehend in Infiltrierung der gesamten Haut und ihrer Unterlage, also Verdickung der Epidermis und des Unterhautzellgewebes. Besondere Neigung zur Hornbildung liegt aber dabei durchaus nicht vor, ebensowenig eine Wucherung des Epithels. Anders verhält es sich bei der Keratosis der Urethra. Die dem Unterhautzellgewebe entsprechende Submucosa ist gewiß ebenfalls oft in Mitleidenschaft gezogen, doch ist diese Verdickung durchaus nicht erforderlich zu dem Begriff der Keratosis. In sehr vielen Fällen ist die Submucosa nicht beteiligt, sondern es handelt sich nur um eine ausgesprochene Epidermiswucherung und — worauf bisher noch nirgends Gewicht gelegt wurde — um starke Verhornung der obersten Zellschichten, d. h. Ablagerung von Hornsubstanz in den Zellen. Wir haben also, außer der Verdickung der Schleimhaut, histologisch eine deutliche Metaplasie des Epithels und eine metabolische Tätigkeit, d. h. eine ihrer ursprünglichen Funktion fremde Tätigkeit der Zellen.

Noch näher auf diese interessanten pathologischen und histologischen Details einzugehen, ist hier nicht der Ort. Ich habe sie nur gestreift, um den Namen „Keratosis" zu rechtfertigen.

Eine genauere Schilderung der Epidermisierung gibt uns Oberländer. — Eine erschöpfendere Beschreibung der histologischen Details enthält der „Atlas der speziellen pathologischen Histologie", von Prof. Dr. Herm. Dürck, und über den Vorgang der Metaplasie hat sich vor kurzer Zeit Dr. Brügel*) in einer Monographie ausgesprochen.

Doch scheint mir der Vorgang der Verhornung der Harnröhrenschleimhaut klinisch und therapeutisch noch nicht genügend gewürdigt zu sein. An unserem Körper tritt Verhornung überall da ein, wo sich unser Organismus schützen will gegen irgend einen schädigenden Reiz, sei er nun mechanischer oder chemischer oder thermischer oder selbst infektiöser Natur.

So entsteht die dicke Hornbildung an unseren Fußsohlen, so entstehen die Schwielen der Handwerker an der Hand, so entsteht auch

*) Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der mediz. Fakultät zu München — vorgelegt von Dr. phil. Carl Brügel.

(obgleich das nicht rationell erscheint) über einem in die Haut eingedrungenen Fremdkörper (z. B. einem großen Holzsplitter oder dergleichen eine mächtige Schwiele und so entstehen auch bei den Infektionen am Nagelbett (Paronychia) die mächtigen Wucherungen der Hornschicht der benachbarten Haut.

Auch bei der Harnröhrenschleimhaut sind es ursprünglich infektiöse Reize, die die Epidermisierung veranlassen. In einem Falle dauert es nur einige Wochen, in anderen Fällen wieder mehrere Monate, bis es zur Hornbildung in dem Epithel der Harnröhre kommt. Meist sind dann nicht nur die infektiösen Reize die Ursache dieser Keratosis, sondern es kommen noch chemische Reize (Infektionen etc.) hinzu.

Die subjektiven Symptome sind bei den leichten Formen der Keratosis sehr gering (d. h. nur durch den Entzündungsprozeß verursacht), während in den schweren Fällen, wenn also die ganze Harnröhre von einem hornhaltigen Epithel bedeckt ist, das Gefühl der Schwere den Patienten ängstigt. Außerdem stellt sich dann auch da die Elastizität der Harnröhre zum größten Teil zu Verlust gegangen ist, nach dem Urinieren etwas Harnträufeln ein.

Objektiv finden wir bei den schweren Formen kleinkörnige Trübung in der ersten Urinportion und nach dem Urinieren können wir aus der Harnröhre einige Tropfen Urin herausstreichen, die mit weißgelblichen krümmeligen Massen vermischt sind. Die Harnröhre läßt sich in diesen Fällen von außen abnorm deutlich abtasten und fühlt sich als ein relativ unförmiger, dicker Strang an. — Darauf die Diagnose oder Therapie aufbauen zu wollen, wäre verfehlt. Hierzu gibt uns nur das Endoskop genügende Klarheit und zwar nicht nur bei schweren Fällen, sondern auch in dem Anfangsstadium.

Fast bei jeder Gonorrhoe, die länger als 5—6 Wochen dauert, können wir die Anfänge der Verhornung mit dem Endoskop beobachten. Namentlich gegen den Bulbus zu nehmen die kleinen Auflagerungen, die bei durchscheinender Schleimhaut rot, im Profil gesehen, grauweiß erscheinen, immer mehr zu, um dann nach längerer Dauer des Prozesses die ganze Harnröhrenwand förmlich auszupflastern. Solange sie dünn sind, werden sie ungemein leicht übersehen; man sieht sie dann nur an der Kuppe der Umschlagsfalten bei der Zentralfigur, weil man für gewöhnlich nur hier die Schleimhaut im Profil sieht. Will man jedoch größere Flächen der Schleimhaut auf Keratosis untersuchen, so tut man gut, den Schleimhauttrichter, welcher bekanntlich dadurch entsteht, daß die von dem Tubus auseinander gedrängten Harnröhren-

wände sich hinter demselben wieder einander nähern, möglichst auszuziehen. Man zieht also, wenn man hinter dem „angulus penoscrotalis" endoskopiert, an der Peniswurzel nach vorn und oben oder, wenn man vor dem „angulus" endoskopiert, an der Glans kräftig nach vorne. Man erreicht dadurch eine Streckung und Anspannung der Urethra, wodurch es dann möglich wird, die Schleimhaut ganz von der Seite aus anzusehen. Dabei erkennt man die Niveaudifferenzen derselben viel besser, als wenn der Blick senkrecht oder im stumpfen Winkel auf sie fällt. Man sieht dabei oft kleine Drüschen oder andere kleine Erhebungen im Epithel (also kleine Wucherungen oder kleine geschwellte Lymphfollikelchen, unter dem Epithel), die bei einer anderen Art der Betrachtung vollständig übersehen werden. Ferner öffnet man sich damit die Morgagni'schen Krypten und bringt sie leichter zur Ansicht, desgleichen die Ausführungsgänge der Littre'schen Drüsen. Daß man durch kräftiges Ziehen die Hyperämie und damit die rote Farbe der Mucosa zum Schwinden bringt, ist nur zu begrüßen, da das Bild dabei an Deutlichkeit gewinnt. Daß ferner dadurch die Lichtreflexe ganz schwinden, ist gewiß ebenfalls eine angenehme Zugabe. Schmerzen infolge dieses Zuges an der Urethra habe ich noch nie äußern hören, wobei ich erwähnen will, daß ich in jedem Falle vorher cocainisiere.

Die ersten Anfänge der Keratosis kann man selbstverständlich ganz ignorieren, sie kommen und gehen mit der Entzündung. Dauert der Prozeß schon länger, also vielleicht drei Monate, so kann die ganze Harnröhre von der Keratosis eingenommen sein. Die Mündungen der Drüsen machen meist den Eindruck von kleinen Fistelgängen und wie bei Fisteln, die auf die äußere Haut münden, sind auch hier die Öffnungen von einem Walle von verhornten Zellen umgeben, die dann gegenüber der Umgebung mehr grauweiß erscheinen, während die klaffenden Lumina selbst mit ihrer dunkelroten Farbe stark davon abstechen. Bei diesen Formen der Keratosis ist es viel weniger der Bulbalteil, sondern mehr die „Pars pendula", welche von der Epidermisierung betroffen ist. Namentlich die in der Nähe des „Angulus" und die hinter der „Fossa navicularis" liegenden Drüsen sind von einem starken Walle umgeben, der uns warzenartige Wucherungen vortäuscht.

Auch hier ist es noch nicht nötig, die Hornablagerung bei der Therapie besonders zu berücksichtigen. — Die gewöhnliche Therapie gegen die Entzündung und Infektion, also namentlich die Dilationen und Injektionen genügen, um mit der chronischen Entzündung auch die Keratosis zum Schwinden zu bringen.

Erst die schweren Formen der Keratosis bedürfen einer speziellen Behandlung. Ist die Hornbildung dabei über die ganze vordere Harnröhre ausgebreitet, so fühlt sich dieselbe, wie schon erwähnt, rein äußerlich als ein dicker, derber Strang an. Beim Einführen des Endoskoptubus merkt man einen gleichmäßigen oder auch bei ungleichmäßiger Ausbildung der Epidermisierung, einen in seiner Intensität schwankenden abnormen Widerstand, der nicht etwa durch Beginn der Strikturierung der Harnröhre hervorgerufen zu sein braucht, sondern auch fühlbar ist, wenn die Harnröhre bedeutend weiter als der eingeführte Tubus ist.

Dieser Widerstand rührt einesteils daher, daß die Keratosis die Urethralschleimhaut ungemein rauh macht und dadurch das Darübergleiten des Tubus behindert, anderenteils hauptsächlich daher, dass die abnorm dicken und starren Wände der Urethra nur durch einen gewissen Kraftaufwand aus ihrer Lage zu bringen sind.

Dieser Verlust der Elastizität und die dadurch verminderte Beweglichkeit der Harnröhrenwände machen sich auch geltend beim Urinieren des Patienten. Am Schluß legen sich die dicken Wände nur langsam wieder aneinander und nur langsam fließen daher die letzten Reste aus dem starren Rohr wieder heraus. Es entsteht das den Patienten oft sehr störende und ängstigende Harnträufeln.

Ist die hochgradige Keratosis nur circumscript, also ringförmig oder fleckenförmig, so kann sie uns beim Einführen des Tubus eine Striktur vortäuschen. Bei einer Prüfung des Harnröhrenlumens mit dem Urethrometer oder Dilatator finden wir aber nicht selten, daß eine wirkliche Verengerung nicht vorliegt.

Die höchsten Grade der Keratosis sind in der Nähe des „angulus peno-scrotalis".

Die Pars prostatica und membranacea sind überhaupt selten ergriffen. Doch habe ich in drei Fällen von totaler Keratosis der „Pars anterior", die ich in der letzten Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte, neben leichter Beteiligung der „Pars membranacea" immer eine starke Entzündung des „Caput gallinaginis" gefunden und scheint es mir, als ob erst daraufhin allgemeine Keratosis folgen könne, während Entzündungen anderer Stellen der Harnröhre, also Littré'scher Drüsen etc., nur immer die nächste Nachbarschaft zur Epidermisierung veranlassen.

Da aber durchaus nicht in jedem Falle von Beteiligung des „Caput gallinaginis" allgemeine Keratosis eintritt, so müssen wir annehmen,

dass entweder persönliche Disposition zum Zustandekommen derselben nötig ist oder, was mir das Wahrscheinlichere ist, dass dabei auch Zirkulationsstörungen, wahrscheinlich Stauungsvorgänge im ganzen Bereich der vorderen Harnröhre vorhanden sein müssen.

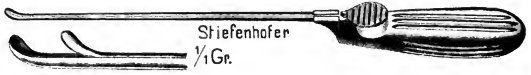
Im Endoskop haben wir ungefähr folgendes Bild: Da die Schleimhaut infolge des Verlustes der Elastizität sich nicht mehr in kleine radiäre Fältchen zusammenlegt, sondern vordere und hintere Wand sich aneinanderlegen, so sehen wir keine Zentralfigur, sondern einen querstehenden etwas klaffenden Spalt, während an beiden Seiten, wo die Hornbildung geringer ist, noch einige plumpe Längsfalten vorhanden sind. In der Tiefe dieser Falten liegt eine gelbliche krümmelige Masse, Detritus, bestehend aus den abgestoßenen obersten Schichten der Hornzellen, die hier liegen bleiben, weil der Harnstrom bei der Unelastizität der Wandung nur in der Mitte des Harnröhrenlumens fließt und in die Tiefe dieser Schleimhautfalten nicht eindringt. Die Farbe der Schleimhaut ist grauweiß bis gelblich und eigentümlich glänzend, wie von einer Lackmasse überzogen. Man wird manchmal fast an das Innere der „Aorta" erinnert. Wie Fistelgänge sich ansehende Mündungen der Littré'schen Drüsen oder Morgagni'schen Krypten, manchmal auch kleine warzenförmige Wucherungen unterbrechen das Bild. Ist schon dilatiert worden, so zeigen klaffende Risse die Stellen an, wo der Widerstand der Schleimhaut am stärksten war. Alle feineren Details verschwinden, wie unter einem dick aufgetragenen Firniß.

Gegen diese Arten von totaler Keratosis oder von sehr starker circumscripter Keratosis ist unsere gewöhnliche Gonorrhoetherapie ziemlich machtlos. Injektionen fließen über die epidermisierte Schleimhaut hin, ohne wesentlichen Eindruck zu machen. Die stärksten Lösungen verursachen so gut wie keinen Schmerz, haben aber auch so gut wie gar keine Wirkung. Die Dilatationen, die bei der Keratosis leichten Grades günstig wirken, lassen uns hier deshalb im Stich, weil die Elastizität der Wand ganz geschwunden ist. Gleichmäßige Spannung der Mucosa und gleichmäßiger Druck auf die Submucosa mit ihrer, der Massage ähnlichen, günstigen Wirkung auf die Blutzirkulation, können wir deshalb nicht erzielen, weil die leder ähnliche Schleimhaut an der engsten Stelle starken Widerstand entgegensetzt, den wir einfach, wenn wir das Instrument nicht zerbrechen wollen, nicht überwinden können. Die eine Stelle wird stark gezerrt oder auch zerrissen, die anderen Stellen bleiben ganz unbeeinflußt von der Dehnung. An den Stellen wo die Schleimhaut reißt, entsteht ein

starrer klaffender Riß, der sich bald wieder schließt und sich in kurzer Zeit wieder mit Hornschicht bedeckt.

Mit zwei meiner Fälle hatte ich über ein Jahr, mit einem über einhalb Jahr gekämpft ohne große Wirkungen zu erzielen. Ich versuchte es mit Dilatationen, Sondeneinführungen, Instillationen, Bepinselung der Schleimheit mit Jodtinktur, Salbeninjektionen und häuslichen Injektionen und unterließ es nicht, daneben die „Prostata" und das „Caput gallinaginis" zu behandeln. Ja ich ging sogar soweit, die Hornschicht vor der Behandlung mit Essigsäure zu erweichen, alles ohne großen Effekt zu erzielen. Ich kam zu der Überzeugung, daß eben die Hornschicht jeden therapeutischen Erfolg verhindert. An ihr prallten, wie an einem Panzer, all' meine therapeutischen Geschosse ab.

Da kam ich auf die Idee — analog der Entfernung von Hornwucherungen der äußeren Haut —, auch die Hornschicht in der Harnröhre mit dem scharfen Löffel zu entfernen. Ich ließ mir nach meinen Angaben einen scharfen Löffel machen, der die nötige Länge hat, um damit, wenn nötig, selbst bis in die hintere Harnröhre fahren zu können, der ferner geschützt ein- und ausgeführt werden kann, ohne dabei das „Orificium externum" zu verletzen.*)



Injiziert man in die Harnröhre eine Mischung von Suprarenin und Cocaïn, so erreicht man vollständige Anämie und Anästhesie. Circa 10 Minuten nach der Injektion betrachten wir nochmals rasch die Harnröhre mit dem Endoskop, merken uns genau die am meisten betroffenen Stellen, entfernen den Endoskoptubus und führen dann den scharfen Löfel durch den Obturator gedeckt ein. Den Obturator entfernt man dann am besten vollständig und schabt dann die ganze Harnröhre gründlich aus und zwar ohne Scheu, herzhaft und kräftig. Blutung tritt infolge der Suprareninanwendung nicht ein. Um aber nach dem Aufhören der Suprareninwirkung eine etwaige Nachblutung zu verhindern, spült man noch die vordere Harnröhre mit einer starken Lösung von „Argentum nitricum" (bis zu 1 %) kurz aus. Nach einigen

*) Angefertigt von der Firma Stiefenhofer, chirurgische Instrumentenfabrik, München, Karlsplatz No. 6.

Tagen ist aller Reiz vorüber und wir können dann ruhig wieder dehnen, wobei wir bemerken, daß der Widerstand der Schleimhaut ein viel geringerer geworden ist. Der Effekt der Dehnung auf die hauptsächlich erkrankte Submucosa ist infolgedessen ein viel besserer. Dass die Keratosis nach der Ausschabung wiederkehrte, habe ich bisher nicht bemerkt; sollte es aber einmal der Fall sein, so würde ich keinen Anstand nehmen, die Ausschabung zu wiederholen.

Nach den guten Erfahrungen die ich mit dem scharfen Löffel bei der Keratosis gemacht habe, hielt ich es für kein großes Wagnis, ihn auch bei anderen Erkrankungen der Schleimhaut der Harnröhre anzuwenden, so einmal bei kleinen papillomatösen Wucherungen, einigemal bei der Form der Erkrankung der Littré'schen Drüsen, bei welcher die geschwellten oder cystenartig gefüllten Drüschen wie kleine geschwellte Lymphfollikel direkt unter dem Epithel liegen. Ich glaube dadurch die Behandlungsdauer entschieden abgekürzt zu haben, werde aber, bevor ich ein endgiltiges Urteil abzugeben wage, noch genauere Resultate abwarten.

Jedenfalls stellt der scharfe Löffel eine Bereicherung unserer therapeutischen Hilfsmittel dar. Ich habe durch seine Anwendung (selbstverständlich nur nach Injektion einer Mischung von einer 2 % Kokain- und einer 1 % Suprareninlösung) nie einen Schaden entstehen sehen, öfter aber eine Abkürzung der Behandlung erzielt, — in drei Fällen nur durch ihn Heilung erzwungen.

Zur Naturgeschichte der Onanie.

Von Dr. **Julian Marcuse-Mannheim.**

Das Sexualproblem, das noch bis vor wenigen Jahren nahezu ein Klausurthema geblieben war, dem allein Ärzte, Naturphilosophen und ein oder der andere Sozialpolitiker sein Interesse zuwandte, beherrscht heute — unter dem Einfluß der Propaganda zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten — die öffentliche Diskussion und drängt sich mit elementarer Gewalt in all unsere ethischen, sozialen, ärztlichen und volkshygienischen Betrachtungen. Und diese werden um so folgenschwerer, als in engstem Zusammenhange mit ihnen die Frauenfrage aufgerollt, das Jahrtausende lang mißachtete Recht des Weibes proklamiert und in seiner äußersten Konsequenz die Keuschheit des

Mannes verlangt wird. Die sexuelle Abstinenz ist heute zu einem stürmischen Postulat eines in Geistesart und Zahl durchaus nicht zu unterschätzenden Flügels der Frauenbewegung geworden und mit geradezu leidenschaftlichem Bemühen werden alle Momente ethischer und rechtsphilosophischer wie physiologischer und hygienischer Natur herangezogen, um diese Forderung wissenschaftlich zu begründen. Es ist nicht meine Aufgabe und Absicht, an dieser Stelle in den lebhaft hin und herwogenden Streit der Meinungen einzutreten, vor allem auch nicht, die Frage zu erörtern, inwieweit die Folgen sexueller Abstinenz schädlich auf das Individuum einwirken können oder nicht, beziehungsweise inwieweit der Sexualtrieb beim Manne im besonderen psychologisch und physiologisch von dem des Weibes differiert und in dieser seiner, man könnte fast sagen, biologischen Aktivitätseigenart das weibliche Lustgefühl weit überragt. Mir kommt es vielmehr darauf an, eine Abart der Befriedigung des Geschlechtstriebes zu charakterisieren, die als Onanie im Menschengeschlecht — übrigens ist sie ja auch bei einer Reihe von Tierarten nachgewiesen worden — eine so außerordentlich weit verbreitete Rolle spielt und insofern auch mit den eingangs erwähnten Bestrebungen zusammenhängt, als sie eine Begleiterscheinung des Erwachens des Geschlechtstriebes darstellt und in dieser ihrer zeitlichen wie ursächlichen Entstehung entschieden Anhaltspunkte für die Beurteilung eines so mächtigen, alles überragenden Triebes gewährt. Denn mit dem Anathema des Lasters, der Unzucht, der irregeleiteten und durch schlechte Umgebung verführten Jugend allein, ist es in dieser Frage nicht gethan, wenn auch zugegeben werden muß, daß sinnlich gefärbte Außenreize in einem körperlich wie ethisch noch unentwickelten Individuum wenig Hemmungen vorfinden: Allein auf der anderen Seite sind Beispiele genug, wo ein an sich tadelfreier Lebenswandel, guter Verkehr wie genügende Aufsicht doch nicht imstande waren, die aufwallenden Triebe zu zügeln. Und die elementare Kraft, mit der sich dieser Trieb durch alle Schichten der Gesellschaft Bahn bricht, läßt einen Schluß zu, ob es denkbar ist, die sexuelle Abstinenz — natürlich auf dem Boden realer zeitgenössischer Verhältnisse gedacht — durchzuführen und selbst wenn dies möglich wäre, ob nicht dieser Preis erkauft würde durch ein noch intensiveres und noch gefährlicheres Überhandnehmen der Onanie, als sie jetzt schon ist.

Zu ihrer Verbreitung und ihrem ursächlichen Entstehen einiges Beobachtungsmaterial zu sammeln, war mein Bestreben, als ich von dem ersten Kongreß der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der

Geschlechtskrankheiten heimkehrte. Von diesem Zeitpunkt an habe ich in allen, an mich beruflich herantretenden Fällen von Neurasthenie und verwandten Erscheinungen, aber auch überall da wo Geschlechtskrankheiten in Frage kamen, auf onanistische Exzesse in der Jugend inquiriert und folgende Resultate erhalten: Unter 210 Fällen insgesamt wurde meine Frage 196 mal mit „Ja" beantwortet, in den übrigen 14 Fällen verneint, bezw. ausweichend beantwortet; das ist also ein Prozentsatz von 93,3.

Sozial verteilen sich diese 210 Fälle derart, daß 128 den arbeitenden Klassen der Bevölkerung angehörten, 82 den besser situierten, und daß diese ersteren in 120 Fällen, die letzteren in 76 Fällen von 196 vertreten waren, also in der sozialen Gruppierung kaum ein Unterschied.

Wegen örtlicher Beschwerden im Kreuz, am Perineum, urethra etc., die sie auf die frühere exzessive Onanie zurückführten, kamen in Behandlung 14 Fälle, wegen allgemein neurasthenischer Erscheinungen mit demselben ätiologischen Moment als hypothetischer Angabe 22 Fälle. Vier Fälle reiner Spermatorrhoe wurden ebenfalls auf die Onanie als schädigende Ursache zurückgeführt, von einer großen Reihe weiterer wurde dieses Moment wohl berücksichtigend mit herangezogen, aber doch nicht mit einer solchen Entschiedenheit als maßgeblich hingestellt, wie bei den vorstehenden. Das Lebenalter, in dem sie begonnen wurde, schwankt in weiten Grenzen: Die letzten Schuljahre, die Lehrjahre, ja in einigen Fällen sogar das Lebensalter zwischen 20 und 25 Jahren, also nach im allgemeinen beendetem Lehrgang wurden genannt. Über die primären veranlassenden Momente konnten mir wenige einen einigermaßen sicheren Aufschluß geben; natürlich spielen schlechtes Beispiel, schlechte Lektüre, Alkoholgenuß eine sehr häufig wiederkehrende Rolle, allein bei einer wenn auch kleinen Reihe von Patienten, deren Angaben aber durchaus den Eindruck der Zuverlässigkeit machen, wurde dies entschieden verneint und als ausschlaggebender Faktor der Eintritt der Pubertät mit der hochgradig gesteigerten Erregbarkeit und Sinnlichkeit „sui generis" dafür angesehen.

Unter den der arbeitenden Klasse Angehörigen waren sehr robuste Individuen mit schwerster körperlicher Arbeit (Getreide- und Kohlenarbeiter) vertreten, zwei von ihnen litten noch in dem Alter von 32 bezw. 34 Jahren an sehr häufigen Pollutionen,

Von sämtlichen, also auch den nicht sexuell belasteten Patienten wurde übereinstimmend die subjektiv empfundene schädigende Wirkung

der Onanie betont: Schlaffheit, Mattigkeit, ziehende unangenehme Empfindungen bezw. Schmerzen in der urethra, der Kreuzbeingegend, Störungen der Arbeitsfähigkeit, allgemeine Unlustempfindungen, Kopfschmerzen; ja manche gingen sogar so weit, zu behaupten, daß sie noch Tage lang unter dem Eindruck dieser Unlustempfindungen standen.

Für die Frage der Beurteilung der Onanie als „krankmachendem" Vorgang, der ja nach Jahrhunderten starker Übertreibung augenblicklich der Gefahr der Unterschätzung wieder unterliegt, von Bedeutung und im Zusammenhang mit anderweitigen Beobachtungen zu Schlußfolgerungen wohl geeignet.

Daß frühzeitige Belehrung und Aufklärung über die schädlichen körperlichen und psychischen Wirkungen der Onanie, daß eine vernunftgemäße Erziehung mit starker Berücksichtigung des Sports und der körperlichen Erholung, daß veränderte Lebens- und Arbeitsverhältnisse mit der Schaffung eines Lebensinhalts, daß die Regelung des Nahrungsregimes mit der Ausmerzung des Alkohols bestimmend auf die Expansion der Onanie einwirken können, ist klar und sie anzustreben notwendig.

Aber alle noch so tiefgehenden Reorganisationen und Reformierungen der Gesellschaft, einschließlich der Koedukation der Geschlechter, wie der aus sich selbst herauswachsenden höheren Achtung vor dem weiblichen Geschlecht, werden wohl umstimmend, nüancierend wirken, nie aber physiologische Grundeigenschaften des Organismus, wie die mit der Ausstoßung gereifter Keimteile verbundenen Gefühlserregungen, dem Prinzip der Gleichheit zuliebe ausrotten können!

Zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe mittels Albargin.

Von Dr. **Schourp-Danzig.**

Seitdem aus Dr. Max Joseph's Poliklinik Bornemann über Gonorrhoebehandlung mit Albargin berichtete („Therapie der Gegenwart", 1901, März), hat diese Verbindung von salpetersaurem Silber mit Gelatose verbreitete Anwendung gefunden. Als Vorzüge des Präparates werden allgemein anerkannt: die starke bakterizide Wirkung auf die Gonokokken, die fast völlige Reizlosigkeit des Mittels, die baldige Herabsetzung entzündlicher Erscheinungen, die reinliche Handhabung der

die Finger und die Wäsche nur sehr wenig beschmutzenden Lösung, der billige Preis des Präparates, welches an und für sich wohlfeil ist und dazu gewöhnlich in Lösung von geringer Konzentration verordnet wird. Während nun die meisten Berichterstatter die Injektionen anfangs mit einer 0,1—0,25 prozentigen Lösung vornehmen lassen, um nach einer Woche 0,5 prozentige und sodann 1,0 prozentige Lösung bei einer Durchschnittsbehandlung von 30 Tagen zu verordnen, wiesen Blaschko („Berliner klinische Wochenschrift 1902, Nr. 19") und Fuchs („Therapeutische Monatshefte 1903, Oktober") auf die Brauchbarkeit des Albargins in 2 prozentiger bezw. 4 prozentiger Lösung als Abortivmittel der Gonorrhoe hin. Des weiteren betonte Chrzelitzer („Reichs-Medizinalanzeiger 1904 No. 3"), daß die Gonorrhoe schnell zu beseitigen sei, wenn man die Anfangsdosis des Albargin höher nimmt. Er applizierte dem Patienten bei der ersten Konsultation eine 1—5 prozentige Albarginlösung von 10—15 Minuten langer Einwirkung und ließ, um die dabei entstandenen großen Schmerzen zu lindern, im Teufelschen Suspensorium 2 prozentige essigsaure Tonerdeumschläge machen. Die Gonokokken verschwanden dabei schon häufig nach einer Sitzung. Trat aber doch wieder eitriger Ausfluß ein, so erhielt der Patient in der Sprechstunde alle 2 Tage eine immer schwächer werdende Albarginlösung und injizierte zu Hause zweimal täglich „Solutio Zinci sulfurici" 0,1:150. Durchschnittlich trat in drei Wochen völlige Heilung ein. Auf Grund dieser Erfahrung verwandte Chrzelitzer sodann eine 20 prozentige Albargin-Glyzerinlösung, welche er gleichzeitig als Prophylaktikum empfiehlt. — Diese Mitteilungen veranlaßten mich, eine Änderung in meiner bisherigen Albargintherapie bei der „Gonorrhoea acuta anterior" einzuführen, wobei ich von dem Gedanken ausging, einerseits eine möglichst schnelle und glatte Heilung der Gonorrhoe zu erreichen, andererseits aber dem Patienten möglichst wenig Schmerzen zu bereiten. Denn gerade der mit Gonorrhoe infizierte Kranke ist bisweilen unter bestehender psychischer Depression überaus schmerzempfindlich und so ängstlich, daß er jede stark schmerzende Behandlung scheut. Nach meinen Erfahrungen wird eine 3 prozentige Albarginlösung fast allgemein als erträglich empfunden und der hervorgerufene Schmerz durch Umschläge um die „Pars pendula penis" leicht gehoben. Diese Lösung leistet bei 8—10 Minuten langer Einwirkung auf die vorher durch eine Spülung von Albargin 2:1000 „Aqu. dest." gereinigte Harnröhrenschleimhaut durch schnelle Abtötung der Gonokokken und Abnahme des Fluor gute Dienste. Namentlich wirkt sie

geradezu überraschend bei Patienten, bei welchen folgende Voraussetzungen zutreffen: erstmalige Infektion; Zeit nach der Infektion 3—5 Tage, Zeit nach Auftreten des ersten Fluor 1—2 Tage; einwandfreier Befund Gonokokken; Mangel an Komplikationen und Hemmungsbildung (Hypospadie).

Indem ich von der Anführung von Krankheitsgeschichten absehe, möchte ich den therapeutischen Erfolg dahin zusammenfassen, dass es durch eine, je einmal an 2 aufeinanderfolgenden Tagen vorgenommene Injektion von 3 prozentiger Albarginlösung in 16 von 18 Fällen akuter „Gonorrhoea anterior" gelang, die Gonokokken dauernd zum Verschwinden zu bringen. In den folgenden Tagen ließ ich die Patienten abwechselnd zweimal täglich zu Hause eine Injektion von Albargin 0,3:100 bis 150 bis 200 „Aqu. destill." und von „Injectio composita"-Form. Magistr. — vornehmen; in durchschnittlich 10 Tagen verschwand der Fluor völlig und in durchschnittlich 16 Tagen wurde völliges Abheilen des Krankheitsprozesses erreicht. In keinem der 16 Fälle kam es zu Komplikationen, trotzdem die Kranken ihre berufliche Tätigkeit, welche bei zwei Patienten mit täglichem, mehrstündigen Reiten verbunden war, in keiner Weise einschränkten; in 6 Fällen verordnete ich nebenbei — weil innerliche Medikamentation ausdrücklich gewünscht wurde — noch 3—4 mal täglich 0,6 Gonosan, ohne daß hierdurch eine auffällig günstigere Wirkung erzielt wurde.

Abolitionismus und Hygiene.

Von Dr. **P. Meissner-Berlin.**

Motto: Si duo faciunt idem,
non est idem.

Das zwanzigste Jahrhundert, das Jahrhundert der Aufklärung und des wissenschaftlichen Fortschrittes hat eine Reihe von Bestrebungen gezeitigt, deren Möglichkeit man vor 30 Jahren für mindestens zweifelhaft, wenn nicht ausgeschlossen, erachtet hätte. Unter diesen Bewegungen, welche sich sowohl auf eine Förderung der körperlichen wie geistigen Gesundheit der Bevölkerung beziehen, nimmt in den letzten Jahren die Bestrebung, die Geschlechtskrankheiten, zu bekämpfen, eine hervorragende Stelle ein. Daß die Geschlechtskrankheiten von Jahr zu Jahr zunehmen und wenn auch nicht an Intensität, so doch an

Frequenzen den Charakter von Volksseuchen aufweisen, wird niemand bestreiten wollen. Das immer mehr und mehr zustandekommende Umsichgreifen der Geschlechtskrankheiten liegt in den sozialen Verhältnissen begründet, erscheint aber in seinen Konsequenzen und im Hinblick auf die Vermehrung und gesunde Fortpflanzung der Bevölkerung, in höchstem Maße bedenklich. Wir kennen zwei Geschlechtskrankheiten, welche hier in Frage kommen: die Syphilis und die Gonorrhoe. Eine dritte, das Ulcus molle hinzuzurechnen, hat für die uns hier interessierende Frage keine Bedeutung, da diese Affektion ohne erhebliche konstitutionelle Schädigungen mehr als passagere septische Erkrankung" aufzufassen ist.

Die Geschichte lehrt uns in Bezug auf die Syphilis, daß deren Existenz in Europa neueren Datums ist. Scheint es doch heute unzweifelhaft festzustehen, daß die von Amerika zurückkehrenden Matrosen des Kolumbus aus Haiti diese Krankheit nach Spanien importierten, eine Krankheit, die, soweit man nachweisen kann, seit undenklichen Zeiten in Haiti endemisch war. Wie und wann die Gonorrhoe die europäischen Völker befallen hat, ist aus dem Grunde historisch kaum nachweisbar, weil diese Erkrankung keine dauernden Merkmale an den einzig perennierenden Teilen des menschlichen Körpers, an den Knochen, hervorzurufen pflegt. Es ist aber anzunehmen, daß auch die Gonorrhoe eingeschleppt worden ist, denn wir finden historische Denkmäler, die Berichte über diese Erkrankung bei sonst ungemein ausgeprägter Gründlichkeit vermissen lassen.

Es ist eine Erfahrungstatsache, daß alle Seuchen gewissen, oft über Jahrhunderte sich hinziehenden Schwankungen in ihrem deletären Charakter unterworfen sind. Es hat eine Zeit gegeben, in welcher die Lepra den Charakter einer schweren Seuche zeigte, eine Zeit, von der uns heute nur noch die Reste alter Leprosorien berichten. Auch die Syphilis hat einen Höhepunkt in ihrer, die Gesundheit gefährdenden Eigenschaft im Beginn ihres Auftretens in Europa durchgemacht. Es ist auch heute eine uns wohlbekannte Tatsache, daß wenn ein Völkerstamm, der bisher von Syphilis frei war, mit dieser Krankheit infiziert wird, dieselbe einen erheblich schwereren Charakter anzunehmen pflegt, als wir das im allgemeinen kennen lernen. So war am Ende des 15. Jahrhunderts die über Europa hereinbrechende Syphilis von einer, Tausende dezimierenden Heftigkeit, die wir heutzutage uns kaum vorstellen können. In einer Zeit, wo der Begriff der Immunisierung alltäglich geworden ist, kann es nicht schwer sein, über die

allmähliche Intensitätsabnahme der Syphilis ins Klare zu kommen. Es handelt sich dabei offenbar um eine langsame, aber unabwendbar fortschreitende Immunisierung der Bevölkerung gegen das Syphilis-Virus.

Es muß als ein humaner Gedanke erster Ordnung bezeichnet werden, Schritte zu unternehmen, um die Geschlechtskrankheiten in ihrem, das allgemeine Wohl bedrohenden Fortschreiten aufzuhalten und so hat denn die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten den Ruhm mit Recht für sich in Anspruch zu nehmen, auf einem vor 30 Jahren kaum öffentlich zu behandelnden Gebiete die Initiative ergriffen zu haben.

Jedoch die Motive der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten können verschiedene sein. Daß die Deutsche Gesellschaft lediglich den praktischen, wenn ich so sagen soll, ärztlichen Zweck verfolgt, die Geschlechtskrankheiten genau so wie die Tuberkulose, die Pocken etc. zu bekämpfen und zwar sowohl durch Sanierung der hierbei in Frage kommenden hygienischen Verhältnisse wie durch Warnung vor drohenden Gefahren gegenüber dem Publikum, wie endlich durch Empfehlung und Prüfung zur Heilung geeigneter Mittel, liegt auf der Hand und die Deutsche Gesellschaft wird lediglich von diesen Gesichtspunkten aus den Kampf unternehmen und, wie man heute wohl sagen kann, — wenn auch in langer Zeit — nicht ohne Sieg bestehen. Jedoch die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hängt auf das allerengste mit einer anderen Frage zusammen, deren soziale Bedeutung von niemandem verkannt werden kann und deren sanitäre sowohl wie moralische Lösung zu den schwierigsten, ja vielleicht zu den unmöglichen Aufgaben gehört. Es ist das die Frage der Prostitution.

Bei ruhiger und von keiner Gefühlsregung getrübter Überlegung wird man zugeben müssen, daß die Prostitution weder das Produkt einer Überkultur, noch das Resultat einer grenzenlosen Entsittlichung ist, denn die Geschichte lehrt mit unabweislicher Klarheit, daß es die Prostitution zu allen Zeiten gegeben hat. Es wäre falsch, aus dieser historischen Tatsache den unlogischen Schluß zu ziehen, daß deshalb die Prostitution etwas achtenswertes, etwas durch das Alter ihres Bestehens legitimiertes wäre. So falsch dieser Schluß wäre, so richtig ist aber der andere, daß die Ursachen der Prostitution offenbar so tief begründet im Leben und Treiben der Menschen sind, daß man ohne weiteres eine Beseitigung weder für möglich, noch für aussichtsreich halten kann.

Es sei gestattet, einen kurzen Rückblick auf die geschichtliche

Entwicklung der Prostitution zu tun. Wenden wir uns dabei dem klassischen Altertum zu, so sehen wir die überraschende und mit unseren heutigen Begriffen kaum zu vereinbarende Auffassung, daß die Prostitution eine ihre Vertreter nicht nur nicht schändende, sondern sogar ehrende Beschäftigung darstellt. Die Gründe für diese eigentümliche Stellung der Prostitution im Altertum liegen wohl im Großen und Ganzen in einem, mit besonderer Sorgfalt und Hingabe gepflegten Aphrodite-Kultus. Jedoch auch in der späteren Zeit, ja bis zu dem Jahre 1493, hatte die Prostitution eine absolut andere Stellung, als nach jenem Jahre. Wenn auch die Vertreterinnen derselben nicht besonders geehrt, gefeiert wurden, so standen ihnen doch bis zu jener Zeit Rechte zu, die wir heute besonders verdienstvollen Mitbürgern zu vindizieren gewohnt sind. Schritthaltend mit dieser Auffassung, lag auch in der Benutzung der Prostituierten der damaligen Zeit nichts, was der Schande und der Verachtung glich, im Gegenteil: man betrachtete den Verkehr mit Prostituierten als etwas ganz selbstverständliches, unabweisliches und als etwas, das zu einer eingehenderen Kritik keine Veranlassung gab.

Erst mit dem Jahre 1493, der Rückkehr der bereits erwähnten Matrosen des Kolumbus und der Verschleppung der Syphilis nach Europa, begann — sit venia verbo — der Niedergang der Prostitution. Der Grund hierfür lag in der körperlichen Schädigung, welche ihre Benutzer in Form der Syphilis davontrugen und so gewöhnte man sich daran, die Prostituierten, anstatt sie als kranke Menschen, was nach dem bisherigen Gebahren wohl logisch gewesen wäre, zu bedauern, zu verachten und sie auf jede mögliche Weise einzuschränken, zu quälen, rechtlos und verworfen zu machen. So haben wir die interessante Tatsache, daß eine Berufsklasse durch eine ihr widerfahrene gesundheitliche Schädigung in ihrer sozialen Stellung vollkommen ruiniert und vernichtet wird.

Die Schlußfolgerung, daß an der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in erster Linie die Prostitution Schuld sei, ist ganz fraglos richtig. Nun kann man vielleicht das Motiv rechtfertigen, die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten auch erreichen zu wollen durch eine Bekämpfung der Prostitution. Dieses Motiv kennt die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nicht. Sie hat wohl etwas mit der hygienischen Sanierung der Prostitution zu tun, aber nie mit ihrer Bekämpfung als solche. Stehen dieser Gesellschaft nur praktische Motive zur Seite, so wird die Bekämpfung

der Prostitution von moralischen Bestrebungen diktiert. Es hat sich nun seit langen Jahren eine Internationale Vereinigung gegründet, welche als abolitionistische Föderation bezeichnet werden kann und die — neben allen möglichen anderen moralischen Bestrebungen — auch die Bekämpfung der Prostitution und den Kampf gegen die Frequentierung der Prostitution auf ihre Fahne geschrieben hat. Diese Abolitionisten, wie sie sich nennen, verfolgen also in allererster, ja vielleicht in einziger Linie sittliche Zwecke. Daß derartige Bestrebungen die intensivste Förderung sowohl von Seiten der menschlichen Gesellschaft wie von Seiten des Staates verdienen, braucht wohl nicht besonders betont zu werden. Jedoch die Frage, ob das Vorgehen der Abolitionisten in jedem Falle zweckdienlich genannt werden kann, ist nicht ohne weiteres zu bejahen. Ich stehe vielmehr auf dem Standpunkt, daß gerade die abolitionistischen Bestrebungen in hygienischer Beziehung, wenn auch nicht direkt ein Schaden, so doch erhebliche Erschwerung veranlassen. Wenn eine Gesellschaft den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten aufnimmt oder wenn man, ganz allgemein gesprochen, gegen irgend eine Seuche von Seiten der Allgemeinheit vorzugehen gedenkt, so ist die erste und wichtigste Forderung, über alle diese Seuche betreffenden Tatsachen, ihre Entstehung, ihr Vorkommen, die sie fördernden, die sie schädigenden Momente klar zu sehen. Man wird also auch bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten rücksichtslos das Licht nüchterner, vom Gefühl nicht beeinflußter Forschung in alle Ecken und Winkel dieses weit verzweigten, oft recht dunklen Gebietes leuchten lassen müssen, um daraus die Schlüsse zu ziehen, die uns befähigen, einen wirksamen Kampf in Szene zu setzen. Nun ist aber die große Gefahr bei einem solchen Vorgehen dann gegeben, wenn Gefühlsmomente und moralische Entrüstung das klare Erkennen und ruhige Abwägen der erkannten Tatsachen erschweren. Und diese Gefahr stellt der Abolitionismus für die praktische Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten dar und, da diese nichts anderes ist, wie ein Teil der sozialen Hygiene, so ist, wie wir sehen werden, der Abolitionismus in gewisser Beziehung auch eine Gefahr für die Hygiene.

Wenn in ein Haus ein Wildbach einbricht und Bewohner wie Gebäude zu zerstören droht, so wäre ganz fraglos das rationellste Mittel, den Wildbach, dort wo er entspringt, abzuleiten. Dieses Beginnen, unmöglich in der Ausführung, ist aber sinnlos, so lange dem Haus und den Bewohnern Gefahr droht. In diesem Falle heißt es,

zunächst Haus und Bewohner schützen und dann erst kann man an die Beseitigung der die Gefahr veranlassenden Ursache gehen. So steht es mit der Prostitution und der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Die Geschlechtskrankheiten, die hygienisch sanitäre Schädigung der Bevölkerung, sind der Wildbach dort, wo er in das Haus eingebrochen ist. Seine Quelle ist die Prostitution. Es ist sinnlos, die Prostitution bekämpfen zu wollen, ehe wir die von ihr verursachte, vor Augen liegende Gefahr zunächst abgewandt haben. Deswegen ist der moralisch sittliche Kampf gegen den Begriff der Prostitution, so anerkennenswert er auch sein mag, doch unpraktisch, denn während dieser Kampf, um es gleich zu sagen, mit absoluter Aussichtslosigkeit geführt wird, gehen so und so viele Mitmenschen der Gefahr der Infektion nach wie vor entgegen. Es entspricht daher den praktischen Zielen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, sich um die Prostitution erst in zweiter Linie zu kümmern und in erster Linie ihre hygienische Sanierung ins Auge zu fassen.

Die Abolitionisten predigen: „Es ist sittenlos, eine Prostituierte zu benutzen, eine Prostituierte als solche ist ein unsittliches Geschöpf, es ist unmoralisch, den außerehelichen Beischlaf auszuüben". Ja, würde diese Predigt den Nutzen und Effekt haben, daß die Prostituierten ihren Beruf aufgäben und die jungen Leute keusch blieben, dann hätten die Abolitionisten recht. Die Praxis hat aber gezeigt und bewiesen, daß das nicht der Fall ist und wenn man zu dieser Überzeugung gekommen ist, dann gibt es nur einen Weg, der zu einem Nutzen führen kann und das ist der, alle Seiten — und seien sie noch so düster und traurig — der Prostitution ans Licht zu zerren, dem ganzen Schaden bis in das einzelne hinein nachzugehen und zu überlegen, wie das Übel am geringsten zu gestalten sei. Es gibt enragierte Abolitionisten, die — „incredibile dictu" — die Geschlechtskrankheiten als Mittel ansehen, ihren Zweck zu fördern, in dem Glauben, daß die Furcht vor den Geschlechtskrankheiten die Menschen zur Moral treiben wird. Natürlich können solche Auffassungen nur in dem fanatischen Hirn unreifer Menschen entstehen, denn mit der Tatsache, daß der und jener aus Angst vor den Geschlechtskrankheiten nicht zu einer Prostituierten geht, wird keiner der Unglücklichen, die Syphilis acquirierten, gesund, und es geht bei dieser Frage nicht nach dem Satz, daß der eine reuige Sünder besser sei wie tausend Verdammte. Im Sinne einer sozialen Hygiene kann es nur liegen, die Krankheit zu be-

kämpfen, nicht die unmoralische Anwandlung, die zu ihrer Acquirierung geführt hat. Das liegt nicht im Sinne einer sozialen Hygiene, das mag ein sehr schönes Ziel sein, aber es darf bei der Erreichung desselben nicht der praktische Zweck gehindert werden. Ich stehe daher auf dem Standpunkt, daß der Abolitionismus gewiß eine, wie ich schon sagte, intensiv zu fördernde Bestrebung ist, solange hygienische Maßnahmen gegenüber den Schäden der Prostitution durch denselben nicht gehindert werden.

Begreiflicherweise wird bei einer Auffassung rein vom moralischen Standpunkt die öffentliche Diskussion über Fragen der Prostitution perhorresciert werden. Man wird geneigt sein, eine Vogelstrauspolitik zu treiben, weil man es für unmoralisch hält, überhaupt über derartige Dinge zu sprechen. Gerade dieser Punkt ist aber das bedenkliche, denn wenn man erst anfängt, bei irgend einer Sache — aus welchen Gründen ganz gleichgültig - sich Tatsachen zu verschweigen, dann wird man den klaren Blick verlieren und wird infolgedessen auch nicht die zweckdienlichen Mittel finden, um zu bessern. Lange Jahre hat es gedauert, bis man so weit gekommen ist, über derartige Fragen in der Gesellschaft und in der Öffentlichkeit diskutieren zu können. Um so mehr ist es bedenklich, durch oft fanatische, rein auf moralischen Gründen basierende Verfechtungen der Anschauung die praktischen Ziele und ihre Erreichung in Frage zu stellen.

Ich glaube daher, und darin liegt kein Vorwurf, daß der Abolitionismus bezüglich der Prostitution — bekanntlich gibt es Abolitionismus auch in Bezug auf andere Schäden der Gesellschaft — nicht geeignet ist, in der heutigen Zeit nennenswerte Erfolge auf dem Gebiete der sozialen Hygiene zu zeitigen. Seine Bestrebungen können sich nur auf die Zukunft erstrecken und zwar, wie dies auch mit vollem Recht geschieht, auf eine Besserung der sozialen Verhältnisse überhaupt, die andererseits die Befriedigung natürlicher Triebe im Rahmen der staatlich und durch die Religion sanktionierten Ehe ermöglichen und die dann allerdings den außerehelichen Beischlaf mit Recht als vermeidbar bezeichnen würden. Heute aber den außerehelichen Beischlaf, nur weil man ihn perhorresziert, als unnötig, als nicht vorhanden, zu bezeichnen, heißt sich selbst betrügen und heute kann ein hygienischer Fortschritt nur unter Würdigung der bestehenden Verhältnisse erreicht werden. Nur die bewußte Kenntnißnahme von dem Vorhandensein der Prostitution ermöglicht, sie hygienisch zu sanieren. Nur die völlige Klarheit über das Vorkommen des außer-

ehelichen Beischlafes gibt die Mittel und Wege an die Hand, die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erfolgreich zu betreiben. Der Abolitionismus soll in keiner Weise beschränkt werden. Sollte er, was ich nicht glaube, in absehbarer Zeit, seine Ziele erreichen, um so besser. Bringt er es dahin, daß die Prostituierten aus Beschäftigungslosigkeit ihren Beruf aufgeben, so wird gewiß mit Freude die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als zwecklos ihre Tätigkeit aufgeben. Ich glaube nicht an diese Zukunftsmusik und so lange diese Tatsache nicht erreicht ist, kann es für uns nur ein praktisches Ziel geben und das ist: das der Deutschen Gesellschaft vom rein nüchternen praktischen Standpunkt aus, ohne moralische Bedenken, ohne sentimentale Regungen, der Wahrheit furchtlos ins Gesicht blickend und nicht zurückscheuen vor Tatsachen, die dem Einzelnen vielleicht in moralischer Beziehung entsetzlich und furchtbar erscheinen mögen. Derartige Überlegungen dürfen bei einer so humanen und hygienisch wichtigen Bestrebung niemals in Frage kommen!

Ein Beitrag zur Syphilis-Therapie.

Prophylaktischer Vorschlag

von Dr. med. **E. Orlipski**, Spezialarzt in **Halberstadt.**

Erfolge, welche ich in den letzten Jahren bei syphilitischen Primäraffekten mit Modifikation der Salizylquecksilberinjektion im Sinne einer wertvollen Prohibitivkur erzielte, veranlassen mich zu folgendem Bericht:

Ich verwende die auch sonst übliche Suspension „Hydrargyrum salicylicum" 1 gramm in 10—15 gr. „Paraffinum liquidum." Dieses Quantum wird nun nicht in 8—12—15 vollen Spritzen (die Spritze zu 1 ccm gerechnet) verbraucht, sondern: ich injiziere nur $^1/_4$—$^1/_6$ des Spritzeninhalts, vervielfältige aber die Anzahl der Injektionen um das 4—6 fache, so daß schließlich doch als Gesamtergebnis die Einverleibung von 1 gr. Hydr. salicyl., also die auch sonst für eine Kur durchschnittlich verlangte Menge, herauskommt.

Was ich damit erreicht zu haben glaube, ist:

1) in negativer Beziehung

a) die viel sicherere Vermeidung von Infiltrationen und Absce-

dierungen, von Schmerzhaftigkeit und Unerträglichkeit am Orte der Einspritzung;

b) die größere Gewähr gegen unerwünschte merkurielle Wirkungen am Orte der Ausscheidung: (Mund, Darm, Haut, Niere).

Ich habe mich oftmals gefragt: warum treten die ersten Hg.-Vergiftungserscheinungen mit Vorliebe gerade an Stellen auf, wo Hg. erfahrungsgemäß den Körper verläßt?

Mir wollte es immer scheinen, als wäre dies eine Art Mene Tekel der Natur, das uns zuruft: denket daran, daß es bei der Hg.-Wirkung sehr wesentlich auch auf die Größe der Ausscheidung ankommt, auf die Mengenverhältnisse, in welchen Hg. den Körper verläßt! — Da nicht jede, auch die denkbar kleinste Hg.-Gabe toxisch wirkt, so ist anzunehmen: es gibt eine physiologische Reiz-Zeit-Breite, innerhalb welcher die ausgeschiedene Menge nicht toxisch wirkt. Erst wenn dieser normale physiologische Reizschwellenwert überschritten wird, erst wenn mehr als das Maß des für die betr. Organe Erträglichen zur Ausscheidung gelangt, erst dann treten unerwünschte, i. e. toxische Nebenwirkungen an diesen Ausscheidungsplätzen ein. — Wenn ich 0,1 gr. Hg. salicyl. dem Körper auf einmal zuführe, so bringe ich ihn in eine Gefahr, die daraus folgt, daß es möglich ist, daß die Gesamtzufuhr auch auf einmal den Körper verläßt und an dem Orte der Ausscheidung schwere Schädigung setzt.

Aber selbst angenommen, daß die Ausscheidung des auf einmal zugeführten O_1 1 gr Hg. in Etappen vor sich geht, nach und nach, pro Tag etwa in einem gewissen Bruchteil nur der Zufuhrsmenge, so bleibt doch eine Gefährdungsmöglichkeit bestehen aus dem Grunde, weil die ausscheidenden Organe gewissermaßen auf 2 Seiten, in ihren ausführenden Kanälen und in ihren Blutbahnen Hg-Moleküle führen, diese Teile also sich wie zwischen zwei Feuern befinden, von innen und von außen her von Hg-Lösungen bespült werden und darum weit intensivere merkurielle Wirkungen an dem Organ der Ausscheidung eintreten können. – Ein Mittel, die Ausscheidungsmengen des zugeführten Hg. ganz nach Wunsch zu regulieren, kennen wir nicht; und kennten wir es auch, so würde doch immer die letzterwähnte verderbliche Möglichkeit der „zwei Seiten-Wirkung" des Hg. bestehen bleiben. Darum sehe ich nicht, wie man dieser Gefährdung der Ausscheidungsorgane anders oder besser vorbeugen könnte, als durch eine Methode, bei der wir pro Tag nur so viel Hg. zuführen, als der Körper ungestraft pro Tag auszuscheiden in der Lage ist.

c. eine größere Sicherung gegen Deponierung von unberechenbaren Hg.-Mengen an anderen und zwar solchen Teilen des Körpers, welche, wie Knochen, Knorpel, Hirn, Nervensubstanz, Heimstätten für metallisches Hg. unter Umständen sollen werden können. Bekanntlich hört man von den Antimerkurialisten immer noch zeitweise die Behauptung, daß ein gewisser mäßiger Prozentsatz des zu Heilzwecken eingeführten Hg. überhaupt nicht zur Ausscheidung, sondern zur dauernden Ansiedlung an gewissen Praedilektionsstellen kommen soll.

Diese Behauptung ist nun allerdings durch nichts bewiesen: enthielte sie aber auch nur ein Körnchen Wahrheit, so hat die vorgeschlagene Modifikation, wie leicht ersichtlich, unleugbare Vorteile.

Hg. ist ein Fremdstoff, der Körper hat das Bestreben, sich dieses Fremdstoffes zu erwehren. Führe ich nun ein Hg.-Quantum auf einmal ein, größer als das, welches der Körper in gegebener Frist bewältigen kann, so besteht die Gefahr, daß von dem längere Zeit in der Blutbahn kreisenden und auf Ausscheidung harrenden Hg. Teilchen verschleppt und an oben angegebenen Orten angesiedelt werden. Darum bedeutet die Modifikation kleinerer, aber zahlreicherer Injektionen meines Erachtens einen Vorzug auch nach dieser Richtung hin.

2) in positiver Beziehung glaube ich mit meiner Modifikation dieses erreicht zu haben:

a) eine intensivere Einwirkung auf das Syphilis-Virus: Hydrargyr. Salicyl. kommt bekanntlich nicht als solches zur Wirkung, sondern nach Umwandlung in Quecksilberchlorid als dieses. Nach chemischen Analogien ist es sehr wahrscheinlich, anzunehmen, daß dieses in „Statu nascendi" am wirksamsten ist. Status nascendi = Status maximi effectus. Je häufiger nun durch die Behandlung dieser Zustand höchster Wirksamkeit herbeigeführt wird, je öfter wir dem Körper zum „Entstehen" von Hg.-chlorid Gelegenheit geben, um so mehr und öfter wird Syphilis-Gift gebunden werden können. Daraus resultiert eine höhere Wirkung fraktionierter, aber häufigerer Injektionen.

b) eine über längere Zeit, möglichst die ganze sog. zweite Inkubationszeit (d. h. bis in den Beginn der Sekundärperiode hinein) sich erstreckende Zufuhr von Syphilis bekämpfenden Hg. — Die meisten heute üblichen Hg-Kuren, sind, was ihre zeitliche Begrenzung anlangt, willkürlich (cf. Neißer „Einreibungskur"). Wenigstens für Prohibitiv-Kuren, eingeleitet zu dem bewußten Zwecke, den Ausbruch von Allgemeinerscheinungen zu verhüten, kann das wohl kaum be-

stritten werden. Vielleicht rührt die noch immer vorhandene Gegnerschaft gegen prophylaktische Kuren überhaupt davon her, daß diese gewöhnlich über einen zu kurzen Zeitraum sich erstrecken, dann zu Mißerfolgen führen. — Den einzig gerechtfertigten Maßstab für die Dauer einer derartigen Kur gibt die empirisch festgestellte Dauer der sog. zweiten Inkubationszeit, d. i. der Zeit, die vergeht zwischen dem Primäraffekt und dem ersten Auftreten des spezifischen Exanthems; über diesen Zeitraum muß sich eine Prohibitivkur, soll anders sie Erfolg haben, erstrecken. Und auch dieser Punkt scheint mir nicht ohne Bedeutung: Sei es, daß von der Eingangspforte her im Laufe von 8—10—12 Wochen nach und nach Syphilis-Erreger in die Blutbahn gelangen und in dieser Zeit den Körper allgemein inficieren, sei es, daß die an der Stelle des Primäraffektes fest verankerten Erreger Toxine absondern, welche im Laufe der empirisch festgestellten Dauer der sog. zweiten Inkubation durch Cumulation vergiftend wirken, jedenfalls denke ich mir die Generalisierung der Syphilis aus zahlreichen Einzelakten zusammengesetzt, und darum erscheint mir als logische Folge, daß ich einer dergestalt vor sich gehenden Durchseuchung des Körpers am besten auch durch eine in zahlreichen Einzelaktionen sich abspielende Gegengift-Zufuhr entgegentrete.

Vorstehende Gesichtspunkte leiteten mich zu meiner modifizierten Injektionsmethode, die mir in Wahrheit als Prohibitivkur sicheren Erfolg gewährte.

Die Unbequemlichkeit der vermehrten Arbeitslast findet einen genügenden Ausgleich in der sicheren Kontrole des Kranken, dem geradezu moralisch-suggestiven Einfluß, welchen eine derartig intensiv erscheinende und insonderheit doch so milde Kur auf die Lebensführung der Patienten während und auch nach der Kur ausübt, und „last not least“ in dem sicheren Vermeiden übler Nebenwirkungen, welche oft die ganze moderne Syphilis-Behandlung in Mißkredit bringen, darum geradezu gemeinschädlich und doch aufs einfachste, wie gezeigt, vermeidbar sind.

Eine ausführliche Bearbeitung dieser „vorläufigen Mitteilung“ behalte ich mir vor.

Ein Fall von irrtümlicher Geschlechtsbestimmung (Erreur de sexe).

Beobachtet und beschrieben von Dr. **Magnus Hirschfeld.**

A. Vorgeschichte: a) Abstammung.

Friederike S. wurde im Frühjahr 1861 auf einem Dorf in Bayern geboren. Die Eltern, welche sich mit Landwirtschaft beschäftigen, leben noch, sind über siebzig Jahre alt und gesund. Sie sind nicht blutsverwandt, die Mutter ist zwei Jahre älter, als der Vater, beide sind sittenstrenge, sehr fromme und biedere Leute und führen eine glückliche Ehe.

Friederike hat zwei Geschwister, die verheiratet sind, Kinder haben und stets kräftig und gesund gewesen sein sollen.

In ihrer engeren und weiteren Familie sind ihr keine Fälle von geistigen Störungen, mangelhafter Körperentwickelung, Bruch, Kropf, Lues, Alkoholismus, Tuberkulose bekannt, auch kamen in der Verwandtschaft keine Selbstmorde vor.

Eine Belastung im degenerativen Sinne ist nicht nachweisbar.

b) Präpubische Zeit.

Friederike lernte rechtzeitig gehen und sprechen. Die erste und zweite Zahnung verlief normal; sie litt weder an Kopfschmerzen, noch an Krämpfen, Bettnässen oder anderen Störungen. Von den Eltern, die niemals mit ihr über geschlechtliche Verhältnisse sprachen, wurde sie streng und etwas prüde erzogen. Besonders wundert sie sich, daß die Mutter sie niemals „nach dem Unwohlsein gefragt hat". Sie zog im allgemeinen Knabenspiele vor, vor allem kletterte sie gern auf Bäume, lernte aber auch alle Handarbeiten. In der Schule machte sie gute Fortschritte; große Vorliebe hatte sie für Naturwissenschaften und Geographie, auch für Rechnen, weniger für Religion. Im 13. Lebensjahr zeigten sich die pubes, die Brüste blieben völlig unverändert, Menses traten nicht ein, im 17. Jahr veränderte sich die Stimme. Im Beginne der zwanziger kamen Barthaare an Oberlippe und Kinn, welche sie anfangs mit der Scheere, später mit dem Rasiermesser entfernte. Ziemlich früh, ihrer Erinnerung nach schon vor der Reife, begann sie durch Friktionen an der „clitoris" zu masturbieren und hat diese Manipulationen, allerdings vielfach mit monatelangen Unterbrechungen, bis in die jetzige Zeit fortgesetzt.

c) Postpubische Zeit.

1. Geistige Eigenschaften: Die Patientin macht einen ernsten, ruhigen Eindruck, sie lacht wenig, ist sehr schamhaft, mißtrauisch und ängstlich. Anderseits liegt aber auch viel Liebenswürdigkeit und Gutmütigkeit in ihrem Wesen. Sie gibt an, daß sie ziemlich leicht heftig wird und wenn sie verletzt ist, sehr rachsüchtig sein kann. Abergläubisch ist sie gar nicht, sie kann sich „ordentlich aufregen", wenn ihre Mitarbeiterinnen vom Traumdeuten und Kartenlegen sprechen. Familiensinn ist nur in geringem Grade vorhanden, ein Kind möchte sie nicht besitzen, Tiere hat sie sehr gerne, sie ist sehr opferwillig und könnte für eine Freundin „ihren ganzen Verdienst hingeben". Sie ist unstet, etwas lässig und von wenig festem Willen. Rohheiten und besonders Zoten sind ihr zuwider; sie trinkt und raucht gern und kann 4 halbe Liter „Echtes" oder eine Flasche Wein gut vertragen.

Ihre Intelligenz ist bedeutend, sie besitzt eine für ihren Stand umfangreiche Bildung. Das Gedächtnis ist gut, sie beobachtet und prüft scharf. Sie hat Vorliebe für Musik und Malerei, geht gern in die Museen; vor allem liebt sie das Theater, von den Bühnenkünstlern schätzt sie am meisten Clara Ziegler, von männlichen Persönlichkeiten ist König Ludwig II. von Bayern „ihr Ideal". Sie interessiert sich für Altertümer, auch für Kriege und Politik, in der Zeitung fesseln sie am meisten die Selbstmorde. Für die Mode hat sie gar kein Interesse, sie liest gern wissenschaftliche Werke, niemals Romane. Sie kann kochen, versteht Haus- und Handarbeiten, doch gibt sie männlichen Beschäftigungen den Vorzug. Sie besitzt einen Revolver und scharfe Patronen, schießt gern, kann auch reiten und rudern. Sie wäre am liebsten Kunstreiterin geworden, auch Malerin, sie zeichnet häufig Damenköpfe, auch hätte sie gern als Soldat gedient, sie liebt aber das Militär nur im Ausmarschanzug, nicht im „Sonntagsstaat". In ihrer Kleidung zieht sie einfache, anliegende Gewänder vor, am angenehmsten ist ihr die englische Façon (Reitkleid), sie hat Abneigung gegen Schmuck, Vorliebe für hohe Kragen und Herrenhüte, doch trägt sie, um weiblicher auszusehen, einen großen Federhut, ein Sammtband um den Hals, das den Adamsapfel verdeckt, Bluse mit Broche, Korsett mit Brusteinlage und Tournüre. Auf Maskenbällen ist sie zu ihrer großen Freude einigemale als Mann gegangen. Ohrringe, die sie ebenfalls früher getragen hat, sind ihr verhasst, ebenso Armbänder, Fächer, Parfüms, Puder und Schminke. Wegen ihres bescheidenen

liebenswürdigen Charakters ist sie überall wohl gelitten, doch sind ihr größere Gesellschaften unangenehm, am liebsten ist sie zu zweien. Ihre Schriftzüge sind groß, fest und sicher.

2. Der Geschlechtstrieb. Die ersten geschlechtlichen Regungen traten im 13. Lebensjahr auf. Die Richtung des Geschlechtstriebes war immer dieselbe und zwar wandte sie sich von Anfang an dem weiblichen Geschlecht zu. Die Liebesträume bezogen sich stets auf das Weib, sie träumte, daß sie ein Mädchen küßte und an sich drückte, wobei Erektionen der „Clitoris" eintraten. Dieselben bemerkte sie auch schon früh beim Berühren oder Umarmen ihrer Schulfreundinnen. Dem Manne gegenüber besteht in sexueller Hinsicht Gleichgültigkeit, vor dem „coitus" mit ihm Widerwillen. Vier Heiratsanträge, welche ihr im Laufe der Jahre gemacht wurden, lehnte sie ab, zweimal gab sie dem Verlangen von Männern, welche mit ihr cohabitieren wollten, nach, fühlte sich aber nach dem „inter femora" vorgenommenen Akt sehr unbefriedigt. Auf die Frage, was sie am Manne abstößt, antwortete sie: „es ist kein Reiz da".

Ihre Neigung erstreckt sich besonders auf 18 bis 24jährige Mädchen mit vollen Brüsten und starken Armen, und zwar mehr sanftmütige und gebildete Personen. Eine große Vorliebe hat sie für schöne Hände. Anderweitige fetischistische, sadistische oder masochistische Anomalien sowie Neigung zu geschlechtsunreifen Personen waren niemals vorhanden. Zweimal hatte sie ein Freundschaftsbündnis von längerer Dauer, jedesmal etwa 3 Jahre, sie war sehr eifersüchtig, bezeichnet aber diese Jahre als die glücklichste Zeit ihres Lebens. Die Art ihres Begehrens ist männlich aktivisch, die Stärke ihres Geschlechtstriebes groß, nach dem Verkehr mit einer Frau fühlt sie sich erfrischt und gesundheitlich gefördert. Wenn die Gelegenheit lange fehlte, griff sie zur Selbstbefriedigung. Sie fühlte sich oft sehr unglücklich, litt an Lebensüberdruß, kaufte sich einen Revolver, hat aber keinen Selbstmordversuch gemacht. Am liebsten wäre sie „als Mann geboren", angekämpft gegen ihre Natur hat sie nicht, weil sie es für aussichtslos hielt. Trotz sehr religiöser Erziehung hat sie ihren Glauben verloren, weil „in der Bibel steht, Ihr sollt Euch vermehren und sie nicht an einen Gott glauben kann, der so unvollkommene Geschöpfe geschaffen habe, wie sie eines sei".

B. Status praesens. Patientin ist 1.72 m groß, wiegt 156 Pfd., ihre Knochen sind stark, die Körperkonturen nicht abgerundet, sondern eckig, Oberarm und Oberschenkel abgeflacht, Fettpolster sehr gering,

Muskein abgesetzt und kräftig, sie hebt mit einer Hand $1^1/_2$ Zentner, trägt 2 Zentner auf dem Rücken, mich selbst (90 Kilo) hob sie ziemlich leicht empor, Hände und Füße sind groß, besonders die Hände ungewöhnlich kräftig, das Fleisch fühlt sich fest an, sie turnt gern, tanzt auch gern „als Herr", ihre Schritte sind ziemlich kurz, ihr Gang ist gerade, doch dreht sie sich etwas in den Hüften, schon als Kind konnte sie „wie ein Bube" pfeifen. Der Kehlkopf ragt sehr stark hervor, was durch ein Sammtband sehr geschickt verborgen wird. Die Stimme ist tief und rauh, Halsumfang 37 cm, die Länge des Halses beträgt, von der „Incisura thyreoidea" bis zum „Manubrium sterni" 10 cm. Die Schlüsselbeine ragen vor. Thoraxumfang über den „Mamillae" gemessen, bei der Inspiration 98, in Exspirationsstellung 91 cm. Der Atmungstypus ist abdominal. Der Warzenhof hat einen Durchmesser von $1^1/_2$ cm, ist ein wenig umhaart. Mammagewebe nicht nachweisbar. Auf der linken Seite befindet sich, genau in der Mitte der 28 cm langen Verbindungslinie, welche von der Brustwarze bis zum Nabel gezogen werden würde, eine kleine überzählige Brustwarze. Die Hüftbreite ist bedeutend schmäler wie die Schulterbreite; der Schulterumfang beträgt — unter dem „Acromion" genommen — 106 cm, der Hüftumfang dagegen, am oberen Endpunkt der „rima pudendi" gemessen, 98 cm, zieht man nur die Vorderseite in Betracht, so ist die Schulter vom Acromion zum Acromion 50 cm, die Hüfte in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse von einem Oberschenkel zum andern 44 cm breit. Das Becken selbst hat einen völlig männlichen Charakter.

Der Schädel ist kräftig, die hohe Stirn wird durch die nach unten gekämmte Haarfrisur um ein wesentliches verkürzt; das Kopfhaar reicht jetzt aufgelöst bis zur Mitte der Schulterblätter und ist nicht sehr dicht, bis zum 20. Jahr wurde es in zwei Zöpfen getragen, welche damals bis zur Taille reichten. Jetzt wird es in moderner Damenfrisur getragen. Der Bartwuchs ist sehr stark; der Bart wird an der Oberlippe und am Kinn täglich rasiert, die Supercilien sind ziemlich stark. Der Gesichtsausdruck ist im ganzen männlich, besonders die Nasen- und Mundpartie, die Züge grob, nur der Blick ist innig, mehr weiblich, ihre Bekannten sagten, sie hätte einen „verliebten Blick", in der Wange befinden sich tiefe Grübchen, die Ohren sind zierlich, die Ohrläppchen von kleinen Löchern durchbohrt.

Die Haut ist ziemlich zart und fast unbehaart, nur am Unterarm und Unterschenkel befindet sich ein leichter Flaum. Die Schambehaarung trägt den weiblichen Typus. Die Schmerzempfindlichkeit der

Haut ist groß. Patientin will immer gesund gewesen sein, so daß sie noch niemals bei einem Arzt gewesen ist.

Die Geschlechtsteile: Die äußeren Geschlechtsteile zeigen auf oberflächlichen Anblick eine weibliche Form. Man sieht zwei stark entwickelte große Labien, welche sich nach dem Damm zu verbreitern, ziemlich reichlich behaart sind und an der Innenseite prominente Talgdrüsen aufweisen. Die hintere Commissur der großen Labien grenzt sich nach oben zu scharf ab, während die Labien nach dem Damme zu ineinander übergehen. Der letztere ist ziemlich lang und ist an seinem analen Ende mit Hämorrhoidalknoten besetzt. In der oberen Schamlippe ist ein hühnereigroßes, hodenartiges Gebilde deutlich palbabel. Von demselben geht ein Strang aus, der sich wie ein „vas deferens" anfühlt. Cremasterreflex nachweisbar. Die linke Schamlippe ist leer, doch gelingt es, von der Unterleibshöhle aus durch den linken Leistenkanal ein hodenartiges Gebilde von der Größe eines Taubeneies herabzudrücken. Es wird angegeben, daß bei dem Geschlechtsverkehr mit Weibern, welcher teils nach Art des normalen Coitus, teils als Cunnilingus vorgenommen wird, im Orgasmus ein schleimiges Sekret „etwa ein Fingerhut voll" entleert wird, welches aus einer anderen Öffnung als der Harn hervorquillt. Dasselbe geschieht bei der Masturbation. Auf eine Untersuchung dieses Ejaculats auf Spermatozoen mußte Verzicht geleistet werden.

In dem zwischen den großen Labien befindlichen Spalt treten die stark entwickelten Schleimhäute der kleinen Labien zutage. Oben bilden sie ein weithervorragendes Präputium, nach dessen Zurückstreifen erst die undurchbohrte Clitoris sichtbar ist.

Diese ist von Smegma bedeckt, zeigt deutlich eine Glans, einen „sulus corronarius", ist in der Ruhe 4, in „statu erectionis" 7 cm lang. An der Spitze findet sich ein seichtes Grübchen, welches sich nach unten in einer Furche fortsetzt, die in den schmalen Scheidenspalt übergeht.

6 cm unterhalb der Penisspitze mündet in diese Rinne der Urethralkanal, Hymen ist nicht vorhanden, in die Scheide kann weder mit dem Finger, noch mit einer Sonde eingedrungen werden, da diese Manipulationen mit zu großen Schmerzen verknüpft sind, und in Chloroformnarkose nicht untersucht werden konnte. Zieht man die kleinen Labien weit auseinander, so scheint es, als ob die blutigrote Scheide in einer Tiefe von 3 cm blind endigt.

Bei der rectoabdominalen Untersuchung fand ich nichts, was als

Uterus, Tube oder Ovarien gedeutet werden konnte, dagegen einen wallnussgroßen Körper, der nach Form und Lage den Eindruck einer Prostata hervorrief.

Epikrise:

Bei der 40 jährigen Friederike Schmidt, die seit ihrer Geburt als Weib lebt und, abgesehen von der in Rede stehenden Abnormität, völlig gesund ist, zeigt sich ein absolut männlicher, stark auf das Weib gerichteter Geschlechtstrieb, der sich in seiner Richtung niemals verändert hat. Ihre geistigen Eigenschaften und Neigungen sind von Jugend an überwiegend männlich, trotzdem sie im Laufe der Jahre mancherlei weibliche Gewohnheiten angenommen hat. Die sekundären Geschlechtscharaktere sind fast ausnahmslos rein männlich, nur die Scham- und Kopfbeharung zeigt weiblichen Typus, doch besteht daneben reichlicher Bartwuchs. Kehlkopf, Brüste, Becken sind absolut viril. Menses waren nie vorhanden.

Was die primären Geschlechtscharaktere anlangt, so läßt sich, entsprechend dem Geschlechtstrieb und den Geschlechtszeichen zweiter Ordnung, ein hodenartiger Keimstock nachweisen, von dem ein samenstrangartiges Gebilde ausgeht; im linken Leistenkanal steckt ein atrophischer Keimstock unbestimmten Charakters. Der Geschlechtshöcker nimmt eine Mittelstufe zwischen Penis und Clitoris ein. Große und kleine Schamlippen sind vorhanden, welche eine kurze, blind endigende Scheide begrenzen. Im Übrigen sind weibliche Organe, vor allem ein Uterus, nicht nachweisbar, dagegen scheint eine Prostata vorhanden zu sein.

Wenn auch in diesem Fall eine ganz sichere Geschlechtsdiagnose erst bei der Sektion möglich ist, so läßt sich, trotzdem eine mikroskopische Untersuchung des Sexualsekretes auf Spermatozoen, sowie eine Exploration in Chloroformnarkose nicht vorgenommen werden konnte, mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit sagen, daß es sich hier um eine irrtümliche Geschlechtsbestimmung (erreur de sexe) handelt, indem die als Weib lebende Friederike Schmidt in Wirklichkeit männlichen Geschlechtes ist. Der Irrtum wird dadurch verständlich, daß wahrscheinlich bis zur Pubertät doppelseitiger Kryptorchismus bestand, so daß die leeren großen und kleinen Schamlippen oder richtiger Geschlechtsfalten und Wülste in Verbindung mit dem hypospadaeischen, sehr kleinen Membrum in der Tat den absoluten Eindruck weiblicher Geschlechtsteile hervorriefen, zumal ja die bei der

Geburt noch völlig indifferenten sekundären und tertiären Geschlechtscharaktere für die Diagnose nicht in Betracht kommen konnten.

Meinen Vorschlag, ihre Metrik zu ändern und als Mann weiter zu leben, lehnte die Patientin ab, da sie das mit dieser Umänderung verknüpfte Aufsehen scheute und fürchtete, die ihr angenehm gewordene geschäftliche Stellung zu verlieren.

Der Neomalthusianismus.

Die facultative Sterilität in der ärztlichen Praxis.

Von **Dr. Rohleder-Leipzig.**

Das Kapitel des Neomalthusianismus ist bei den Ärzten ein recht stiefmütterlich behandeltes. Die meisten Kollegen mögen von diesem Gebiete, gleichwie von dem der Masturbation — aus Gründen der Schicklichkeit, des Anstandes(!), wie mir einmal ein Kollege zur Antwort gab, nichts wissen.

Ist auch die Lehre von der fakultativen Sterilität „per se ipsam" eine solche, die mehr den Nationalökonomen angeht, als den Arzt, so schneidet sie doch so tief ein in das Gebiet der Hygiene und der praktischen Medizin, daß eine kurze Erläuterung vom medizinischen Standpunkt aus vielen Ärzten nicht unerwünscht sein dürfte; habe ich doch schon früher in meinem Werke „Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen" (Berlin, Fischers mediz. Verlag 1901) gezeigt, daß die facultative Sterilität heutzutage zu einem integrierenden Bestandteil der „Vita sexualis" und der sexuellen Hygiene und damit zu einem gewichtigen, dem Arzt notwendigen Rüstzeug seines medizinischen Wissens und therapeutischen Könnens herangewachsen ist.

Unter Neomalthusianismus versteht man: „Willkürliche Beschränkung der Kinderzahl", oder um mit Hasse-Mensinga zu reden —, die „fakultative Sterilität", d. h. das Bestreben, beim Geschlechtsverkehr Vorkehrungsmaßregeln zu treffen, welche eine Befruchtung verhindern, ohne Störung des Ablaufs des normalen Coitus und ohne Störung der Gesundheit der ihn Ausübenden.

Ich will hier nicht näher eingehen auf die geschichtliche Entwickelung des Neomalthusianismus, nur kurz anführen möchte ich, daß der Name herstammt von Thomas Robert Malthus (1756—1834),

einem Geistlichen der anglikanischen Kirche, der 1798 in seinem „Essay on the prinziple of population" (letzte 6. Auflage 1826), wenn auch nicht als erster, so doch in bestimmter Form, vom sozialpolitischen Standpunkt aus auf diese Frage näher einging, allerdings unter einem anderen Gesichtswinkel, als wir heute. Er fordert nicht eine Einschränkung der Kinderzahl durch Vorbeugungsmittel, sondern die sogenannte „moral restraint", d. h. sittliche Selbstbeherrschung bis zur Ehe, die möglichst spät geschlossen werden soll. Dieser Malthusianismus ist direkt im Laufe der Zeit ins Umgekehrte umgeschlagen. Der Neomalthusianismus fordert möglichst frühzeitig geschlossene Ehen und dann in der Ehe nicht sexuellen Verkehr ad libitum ohne Vorbeugung (wie Malthus wünscht), sonst empfängnisvorbeugenden Verkehr. Der Neomalthusianismus müßte eigentlich demnach Antimalthusiasmus heißen, wenn man unter diesem Ausdruck nicht die den Neomalthusianismus bekämpfenden Bestrebungen verstehen würde.

Der englische Nationalökonom James Stuart Mill (1818), dann Francis Place (1822), und in der Jetztzeit besonders Charles Drysdale in London, haben diese Lehre ausgebaut. In Deutschland sind es besonders zwei Männer gewesen, die für die Lehre eingetreten sind, Hans Ferdy, der mehr vom sozialökonomischen, jedoch auch medizinischen, und Mensinga-Flensburg, der nur vom medizinischen, i. e. hygienischen Standpunkt die fakultative Sterilität behandelte, ersterer noch heute, letzterer anfangs (Pseudonym Hasse) pseudonym. Auch Stille-Ihlienworth ist in Deutschland ein eifriger Verfechter dieser Lehre.

Es ist hier nicht meine Aufgabe, auf die volkswirtschaftliche Bedeutung dieser Lehre einzugehen, zu zeigen, wie weit dieselbe hier eingedrungen und ob mit Recht oder nicht; uns interessiert hier einzig und allein der medizinische Standpunkt, i. e. die medizinische Berechtigung der Lehre. Nur kurz erwähnen möchte ich, daß Malthus die Lehre aufstellte, daß allen lebenden Wesen, also auch den Menschen, die Tendenz angeboren sei, sich stärker zu vermehren, als die Nahrungsmittel der Erde gestatten. Die Bevölkerung schreite in geometrischer, die Nahrungsmittelgewinnung in arithmetischer Progression fort, sodaß sich erstere zur letzteren wie $\frac{1.\ 2.\ 4.\ 8.\ 16.\ 32.}{1.\ 2.\ 3.\ 4.\ 5.\ 6.}$ und so fort verhalten würde. Die Unhaltbarkeit dieser Lehre, sowie die soziale und praktische Undurchführbarkeit der Malthus'schen Vorschriften, wie möglichst geschlechtliche Enthaltsamkeit vor der Ehe

(undurchführbar infolge der gerade in dieser Jugendzeit besonders stark entwickelten „Libido sexualis" des Menschengeschlechtes), dann möglichst lange Hinausschiebung der Ehe (aus sozialen u. v. a. Gründen oft undurchführbar) wurden sehr bald eingesehen und schon Place schwenkte zum Neomalthusianismus, d. h. zur Anwendung von die Befruchtung bekämpfenden Mitteln über.

Über die medizinische Berechtigung des Neomalthusianismus sprechen sich aber heute die Autoren noch sehr verschieden aus. Während Sänger, Zweifel, v. Krafft-Ebing u. a. Gegner sind, sind Dührssen, Kisch, Hegar, Flesch, Eulenburg, Löwenfeld, Kamp, Kepler u. v. a. Anhänger derselben.

Wer hat Recht, wird der Praktiker fragen? Die möglichst unparteiische Beleuchtung dieser Frage erlaube ich mir, vom rein medizinischen Standpunkt, der für uns als Ärzte hier allein in Betracht kommen kann, im Folgenden.

Es kommen hier zwei Fragen in Betracht:

I. Haben wir denn überhaupt das Recht, unseren Patienten den Praeventivverkehr (den die Gegner, wie Zweifel, als in seinen Folgen „entsittlichend" genannt haben) zu empfehlen?

II. Wenn ja, in welchen Fällen sind wir, sei es therapeutisch, sei es hygienisch-prophylaktisch dazu berechtigt, resp. verpflichtet?

I. Haben wir das Recht, den Praeventivverkehr anzuraten?

Um für uns Ärzte die Frage überhaupt entscheiden zu können, müssen wir unterscheiden zwischen N. aus sittlichen und N. aus egoistischen Gründen.

Einen N. aus sittlichen Gründen nenne ich denjenigen, den der Arzt als durch die Erkrankung der Frau (resp. des Mannes) bedingt, oder prophylaktisch im Interesse der Nachkommenschaft anordnet. Wenn also so schwer wiegende ärztliche Bedenken gegen eine erneute Schwangerschaft vorliegen, daß das gesundheitliche Interesse irgend eines Menschen dabei Schaden nehmen kann, so meine ich, ist es sittliches Vorgehen des Arztes, einen solchen Schaden zu verhüten, umsomehr, als ein solches Vorgehen einem Menschen ja keinen Schaden zufügt, sondern einen solchen nur verhindert. Hier handelt der Arzt nicht nur prophylaktisch, sondern therapeutisch: Ja, ein Arzt, der durch ein vorbeugendes Mittel Verschlimmerung einer Erkrankung, unendliche Qualen und Schmerzen, sicheres Siechtum, viel-

leicht gar den Tod einer Frau verhindern kann und es nicht tut, der handelt unsittlich. Ein Neomalthusianismus aus sittlich zwingenden Gründen kann daher nicht nur nicht erlaubt sein, sondern muß Pflicht eines gewissenhaften Arztes sein. Also unsere Stellung als Arzt, als Jünger der Heilkunde, die uns das Diplom eines approbierten Arztes von Staatswegen gewährt, berechtigt uns aus medizinischen Gründen nicht nur, sondern verpflichtet uns sogar zur event. Anwendung des N.

Worin die entsittlichenden Folgen da bestehen sollen, das verstehe, wer kann. Wenn eine Handlung an sich nicht entsittlichend ist, können es auch deren Folgen nicht sein. Die Handlung ist einzig und allein naturwidrig, d. h. sie verhindert den natürlichen Zweck eines jeden Coitus, i. e. Befruchtung, i. e. die Schaffung eines leb. Wesens. Aber ist da nicht jeder „Coitus post conceptionem" naturwidrig?, — ist nicht das gesamte Prostitutionswesen, ein event. künstlicher Abort noch viel naturwidriger? Und wer bestreitet in gewissem Falle das Recht zu einem solchen? Ist etwa ein Abort, der als lebensrettender Akt ärztlich auch von den Gegnern vorgenommen wird, eine unsittliche Handlung?, und er ist doch ein eingreifenderes und rücksichtsloseres Vorgehen, als etwa ein „Coitus condomatus". Oder nun gar eine Zerstückelung eines Kindes wegen Gebärunmöglichkeit? Ist der N. in unserem Falle in seinen Folgen, Verhinderung der Schaffung eines Lebewesens derselben Gattung, entsittlichend, so müssen wir uns auf den Standpunkt der Hindus stellen, die die Mädchen mit dem 12. Jahre, jedenfalls vor Eintritt der Menstruation, verheiraten, damit nicht ein Eichen verloren geht, was nach ihrer Religion ein Verbrechen darstellt. Ich möchte meinen verehrten Lehrer Zweifel und seine Anhänger hier nur an die Worte Tardieu's („des attentats aux mœurs") erinnern: „Aucune misère physique ou morale, aucune plaie, quelque corrompue qu'elle soit, ne doit effrayer celui qui cest voué à la science de l'homme et le ministère sacré du médicin en l'obligeant à tout voir, lui permet aussi de tout dire."

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

K. Patschkowski: Urotropin als Prophylacticum gegen Scharlachnephritis. = Aus dem Charlottenburger Städt. Krankenhause. = (Therap. Monatshefte 1904, Nr. 12.)

Urotropin wurde in 52 Scharlachfällen gegeben, die einer äußerst bösartigen Epidemie angehörten. Von diesen 52 Fällen wurde bei 8 das Urotropin 10—21 Tage lang hintereinander in Dosen von 0,25 bei Kindern, 0,5 bei Erwachsenen, 3 mal täglich gegeben. In den übrigen 44 Fällen erhielten die Patienten das Mittel 3 mal je 4 Tage lang mit bestimmten Unterbrechungen in denselben Dosen, und zwar: erstens am 1. bis 4. Tage, zweitens am 9. bis 12. Tage und drittens vom 17. bis 20. Tage, wobei der Tag der Einlieferung ins Krankenhaus als 1. Tag gerechnet wird. In der bei weitem größten Anzahl der Fälle wurden die Patienten vor Ablauf des 3. Krankheitstages eingeliefert.

Von allen jenen 52 Kranken bekamen nun 2 (=3,8%) Nephritis, obwohl andere schwere Komplikationen zahlreich auftraten. Schädlich wirkte Urotropin niemals ein.

Jetzt wird das Mittel bei jedem zur Behandlung kommenden Scharlachfall ordiniert. Es wäre vielleicht zweckmäßig, auch bei septischen Prozessen (z. B. puerperaler Sepsis) Urotropin prophylaktisch gegen Nephritis anzuwenden. **Grätzer** (Sprottau).

Dr. A. Gaßmann-Basel: Schwere Nephritis nach Einreibung eines Skabiösen mit Perubalsam. (Münch. med. Wochenschrift 1904, No. 30.)

Ein 26jähr. Patient wurde der üblichen Perubalsamkur unterworfen jede Einreibung = 25 g. P.). Am 2. Tage nach der Entlassung Braunfärbung des Urins, allgemeine Ermattung, Husten, Oedem des Gesichtes und der Beine, Abdomen aufgetrieben. Ergüsse in Pleura und Abdomen, feuchtes Rasseln über den Lungen, 38,2. Eiweiß 3%. Zylinder, Leuko- und Erythrozyten, Nierenepithel. Verfasser führt Erkrankung auf Idiosynkrasie zurück.

Steiner-Mannheim.

Nobl: Fehldiagnosen extragenitaler Primäraffekte. (Wiener Medizinische Presse, 1904, Nr. 17 u. 18).

Primäraffekte am Finger werden leicht für Panaritien gehalten und durch Operation behandelt, die leicht zum Verluste von Fingergliedern führen kann. Ein Schanker der Unterlippe wurde als Epitheliom keilförmig excidiert, wodurch ein enormer Defekt entstand, ein desgleichen am Mundwinkel als Abszeß inzidiert, und hierdurch eine Vereiterung der Unterkieferdrüse herbeigeführt. Durch Incision eines für einen Abszeß gehaltenen Tonsillarschankers zerfiel die Mandel nekrotisch. In solchen fälschlich operativ behandelten Fällen von Primäraffekten treten auch die Sekundärerscheinungen, wohl infolge von komplizierenden Infektionen, besonders schwer auf.

Felix Block-Hannover.

III. Besprechungen.

Sexuelle Moral. Von Dr. **Max Thal.** 82 S. (Breslau, Verlag von Wilhelm Koebner.)

Zwei in jüngster Zeit erschienene Aufsätze, die in ihren Voraussetzungen und Forderungen sich diametral gegenüberstehen — die Broschüre von Johanna Elberskirchen „Die Sexualempfindung von Mann und Weib" und der Vortrag von Prof. Fränkel „Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" — haben den Verfasser zu obiger Arbeit angeregt. Sein Standpunkt ist vermittelnd, weder tritt er der These, daß es einen Unterschied zwischen männlichem und weiblichem Geschlechtsempfinden überhaupt nicht gebe, noch der Anschauung von der doppelten Moral, wie sie Fränkel fixiert hat, bei. Verf. sucht vielmehr, von der wissenschaftlich feststehenden Tatsache der Differenz des sexuellen Empfindens von Mann und Weib ausgehend, den Schwerpunkt der bestehenden wirtschaftlichen und sittlichen Schäden in den herrschenden Anschauungen über sexuelle Moral. „Reformierung und Moralisierung der Ehe", lautet sein Rezept; so nur kann die vom sittlichen Standpunkt aus völlig unbegründete doppelte Moral aufgehoben werden. Die kleine Arbeit enthält viel Beherzigenswertes, auch viel Wärme der Empfindung: In die Tiefen der vorliegenden Frage ist sie aber nicht gedrungen. Dies setzt ihrem Wert seine Grenzen.

J. Marcuse (Mannheim).

Unsere Monatsschrift

glaubt in dem verflossenen I. Jahrgang den Nachweis ihrer Daseinsberechtigung geführt zu haben, indem sie es als ihre vornehmste Aufgabe betrachtete, dem Praktiker das schwierige Gebiet der Harnkrankheiten zugänglicher zu machen, als dies bisher möglich war.

Der I. Jahrgang brachte: 43 Originalartikel, 121 Referate, 27 Bücherbesprechungen sowie eine Reihe kleiner Notizen aus der Tagesgeschichte etc.

☛ *Ausführliches Inhalts-Verzeichnis (Sach- und Namen-Register) vom I. Jahrgang 1904 wird auf Wunsch überallhin gratis und portofrei versendet.*

Eleg. Einbanddecke zum I. Jahrgang ist für Mk. 1,25 zu haben, —
eleg. gebundene Exemplare vom I. Jahrgang kosten 10 Mk.

☛ *Auch im II. Jahrgang soll derselbe Weg, der unserer „Monatsschrift" viel Anerkennung und Verbreitung verschaffte, eingehalten werden, — eine große Reihe interessanter und wichtiger Arbeiten, die für den II. Jahrgang vorgemerkt sind, wird unsere Monatsschrift zu einer für den Praktiker kaum entbehrlichen Zeitschrift gestalten.*

Mögen sich den alten Freunden unserer Monatsschrift recht viele neue zugesellen!

Stuttgart und Leipzig.

Redaktion und Verlag

der Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig. — Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—) Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 31.

Heft 2. **Februar 1905.** Jahrgang II.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten:

1. *G. Brendel-Bad Kreuznach:* „Über die Fortschritte der Urologie im letzten Jahrzehnt." (Schluß.)
2. *A. Hennig-Königsberg i. Pr.:* „Über Massage der Prostata und der Samenblasen." (Schluß.)
3. *Boß-Straßburg i. Elsaß:* „Über Massage der Harnröhre". Mit 3 Abbildungen.
4. *H. O. Rohleder-Leipzig:* „Der Neomalthusianismus." (Fortsetzung.)
5. *Moritz Porosz-Budapest:* „Über die Folgen der Onanie".
6. *Wilhelm Hammer-Berlin:* „Eine Weihnachtsfeier im größten Dirnen- krankenhause Deutschlands". = Zugleich ein Beitrag zur Psychologie der Prostituierten. =

II. Referate:

1. *H. Blokusewski-Niederbreisig a. Rh.:* „Die Entwickelung der persönlichen Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten".
2. *Ludwig-Frankfurt a. M.:* „Zur Therapie der Leukoplakia urethralis".
3. *Mr. Gregoir:* „Les polypes de l'urèthre chez la femme".
4. *Hirt Willi:* „Die Diagnose der Haematurie".
5. *P. von Kubinyi:* „Entfernung eines von Blasensteinen umgebenen Gänsekieles aus der Harnblase".

III. Besprechungen:

1. *A. v. Korányi-Budapest:* „Die wissenschaftlichen Grundlagen der Kryoskopie in ihrer klinischen Anwendung".
2. *Senator und Kaminer:* „Krankheiten und Ehe".

IV. Notizen:

Grünfeld-Wien: „Zur Abhaltung populär-medizinischer Vorträge".

I. Originalarbeiten.

Uber die Fortschritte der Urologie im letzten Jahrzehnt.

Von Dr. **G. Brendel-Bad Kreuznach.**

(Schluß.)

Bei der äußerlichen Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis fanden Unguentum Credé und 25% ige Guajacolsalbe, welch letztere auch schmerzstillend wirkt, vielfache Anwendung.

Die männliche Sterilität ist fast immer verursacht durch eine obliterierende Entzündung der Ausführungsgänge des Hodens, speziell im Schwanze des Nebenhodens. Um nun die Passage wieder frei zu machen, hat man versucht, zwischen Nebenhoden, respektive Hoden und „Vas deferens" eine Anastomose zu bilden, indem man einen Teil des Nebenhodens resezierte, das „Vas deferens" 1 cm. lang aufschlitzte und mit dem Hoden vernähte. Diese interessanten Versuche verdienen gewiß in hohem Maße die Beachtung der Chirurgen.

Erwähnt sei noch, daß nach Hodenexstirpation häufig, um eine psychische Depression des Operierten zu verhüten, eine Prothese nach Gersuny angelegt wird, bestehend in Ausfüllung der Höhlung mit Hartparaffin.

Das Verdienst, die Massage in die Therapie der „Impotentia virilis" und der Hodenerkrankungen eingeführt zu haben, gebührt Zabludowski, dem wir auch eine genaue Ausarbeitung der hierbei anzuwendenden Methoden verdanken.

Zur Bekämpfung der männlichen Impotenz, welche auf neurasthenisch-psychischer Grundlage beruht, wurde in Yohimbin, einem in der Rinde des Yohimbehebaumes enthaltenen Alkaloide, ein wertvolles Mittel entdeckt. Dasselbe übt eine gefäßerweiternde, also die Erektion befördernde Wirkung auf die sexuellen Blutbahnen aus und bewirkt eine direkte Reizung des Erektionszentrums im Lendenmark.

Gegen sexuelle Neurasthenie, welche sich in Prostatorrhoe und Spermatorrhoe äußert, fand neben Ergotin und „Extract. hydrastis canadensis" auch das Heroinum hydrochloricum = salzsaurer Morphindiessigsäureester von einigen Seiten Anerkennung.

Bei der „Incontinentia urinae" der Frauen empfahl Gersuny die Injektion von sterilem „Unguentum Paraffini" (Schmelzpunkt 45° C.) in

die Blasenschleimhaut um die Blasenöffnung herum, um dadurch eine Verengerung des Blasenhalses zu erzielen. Zur Vermeidung von Lungenembolie wird es sich empfehlen, nach dem Vorschlage Eckstein's Paraffin mit höherem Schmelzpunkte zu verwenden.

Zwecks Bekämpfung der „Enuresis nocturna" wurden vielfach die allmähliche Dilatation und nachfolgende Ätzung der Urethra mit „Argent. nitr." empfohlen. Cathelin berichtete aus der Klinik Guyon's über erfolgreiche Kuren bei Enuresis durch epidurale Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung. Ebenso wurden günstige Erfahrungen bei subduralen Einspritzungen von Cocaïnlösungen veröffentlicht. Durch die dadurch erzielte Rückenmarksanästhesie soll die Narkose bei Operationen an den Harnorganen vermieden werden. Das Verfahren erscheint jedoch bedenklich, weil auch bei strengster Aseptik die Infektionsgefahr besteht und weil die bei der Anwendung auftretenden Nebenwirkungen höchst unangenehm und unberechenbar sind.

Um auf den Blasenurin durch interne Behandlung antiseptisch einwirken zu können, war man bisher, außer den oben besprochenen Balsamicis, fast nur auf die Salicylpräparate, besonders Salol, angewiesen, ohne nennenswerte Erfolge zu verzeichnen. Auch Methylenblau und „Acidum camphoricum" hatten wenig Einwirkung. Ein großer Umschwung in diesem Zweige der Therapie trat ein, als man in dem Formaldehyd ein Mittel entdeckte, welches ohne schädliche Nebenwirkung nach der Passage durch den Körper erst im Urin ausgeschieden wird und in der Blase durch seine große antiseptische Kraft die Vernichtung oder doch die Entwicklungshemmung der pathogenen Keime herbeiführt. Die erste derartige Verbindung, das „Urotropin = Hexamethylentetramin", wurde bald von Helmitol = Hexamethylenaminverbindung der Anhydromethylenzitronensäure und neuerdings besonders von Hetralin = Dioxybenzolhexamethylentetramin übertroffen, weil bei den letzteren Mitteln die Formaldehydabspaltung im stark ammoniakalischen Harne rascher zu stande kommt und deshalb auch bei schweren Phosphaturien eine deutlichere Wirkung erzielt wird. Die Formaldehydpräparate haben sich besonders bewährt bei Cystititen, verursacht durch Staphylokokken, Colibazillen, Typhusbazillen, Cystitis der Prostatiker, häufig auch bei postgonorrhoischer Cystitis, nicht jedoch bei tuberkulöser Cystitis, bei Pyelitis tuberkulöser und anderer Natur; sie finden ferner Verwendung als „Prophylactica" vor operativen Eingriffen im Bereiche der Harnwege, besonders noch in Fällen, welche auf Kathetereinführung stets mit Temperatursteigerungen, resp. Schüttel-

frost, reagieren. Die neuerdings aufgestellte Behauptung, daß die Formaldehydverbindungen bei Scharlach das Hinzutreten von Nephritis zu verhüten imstande sind, wird man wohl mit einiger Skepsis aufnehmen dürfen.

Auch die geniale Erfindung Röntgen's hat die Urologie sich zunutze gemacht, indem man mittels Durchleuchtung leicht einen Fremdkörper oder Steinbildungen in den Harnwegen nachweisen kann. Sehr wichtige Aufschlüsse hat man auch erhalten, indem man Silberdrähte oder Bleidrähte, mit Antimon überzogen, innerhalb der Ureterenkatheter bis zum Nierenbecken emporführte und dann das Bild auf eine Röntgenplatte projizierte. Man konnte daraus sehr genau den Verlauf der Ureteren feststellen und dadurch die diagnostischen Hilfsmittel über Abnormitäten in den Ureteren und im Nierenbecken vermehren.

Blutungen aus den Harnwegen, besonders aus der hinteren Harnröhre und der Blase, wurden durch innere und örtliche Anwendung des Styptizins, des salzsauren Salzes des Cotarnins, günstig beeinflusst.

Eine größere Bedeutung kommt jedoch den Nebennierenextrakten (Adrenalin, Suprarenin, Epirenan, Atrabilin etc.) zu, welche vermöge ihrer Eigenschaft, den Blutdruck zu erhöhen und lokale Anämiesierung zu erzeugen, vorteilhaft in Form von Spülungen 1 : 10000 angewandt werden bei endourethralen und endovesikalen Operationen, bei urethraler und vesikaler Hämaturie; eventuell auch, um bei Neigung zum Bluten die Anwendung des Cystoskopes zu ermöglichen und ein deutliches Bild vom Blaseninnern zu gewinnen; ferner zur Hintanhaltung der Blutung vor der Sondierung sehr enger Strikturen und vor dem Katheterismus, wenn wegen starker Hypertrophie der hyperämischen Prostata Blutungen zu befürchten sind. Auch bei akuter kompletter Anurie infolge ödematös vergrößerter Prostata haben Instillationen (1 : 1000) in die „pars posterior urethrae" oft Erfolg; es ist jedoch anzunehmen, daß hierbei auch die psychische Beeinflussung eine Rolle spielt. Bei Anwendung der Infiltrationsanästhesie für Operationen verbindet man zweckmäßig die Wirkung des Cocaïns mit der eines Nebennierenpräparates.

Eine größere Wertschätzung hat die cystoskopische Untersuchung auch für die Nierenkrankheiten erfahren, seit man gelernt hat, aus gewissen Veränderungen der Einmündungsstelle des Ureters auf Erkrankungen der betreffenden Niere, z. B. solche tuberkulöser Natur, zu schließen und so häufig eine frühzeitigere Diagnose zu stellen, als es mit den anderweitigen Hilfsmitteln möglich wäre.

Von Neuerungen ist zu erwähnen, daß es gelang, mit Hilfe des Cystoskopes Photogramme vom Blaseninnern aufzunehmen; für Lehr-

zwecke ist das Demonstrationscystoskop sehr geeignet, welches eine gleichzeitige Benützung des nämlichen Instrumentes für Lehrer und Lernenden gestattet; eine praktische Modifikation steht uns zur Verfügung im retrograden Cystoskope Schlagintweit's; mit Hilfe dieses Instrumentes sind wir in den Stand gesetzt, uns über die Beschaffenheit des Blasenhalses genau zu orientieren.

Der Ureterenkatheterismus hat uns eine ganz hervorragende Bereicherung und Verfeinerung unserer differenzialdiagnostischen Methodik bezüglich der Nierenerkrankungen gebracht und uns die Beantwortung lebenswichtiger Fragen an die Hand gegeben. Die Gefrierpunktsbestimmung des Harnes der einzelnen Niere, die Menge der künstlichen Zuckerausscheidung auf jeder Seite nach subkutaner Phloridzininjektion geben uns, in Verbindung mit der Kryoskopie, ein genaues Bild über die Arbeitskraft jeder Niere und verleihen dem Vorgehen des Chirurgen eine früher nie geahnte Sicherheit.

Die vielfachen Vorschläge, das Auffangen des Harnes jeder Niere durch sogenannte Harnsegregatoren oder Blasenscheider zu bewerkstelligen, sind nicht rationell, weil das Verfahren unsicher und schmerzhaft ist. Auch die Versuche, mittels subkutaner Indigkarmininjektion den aus dem Ureter tretenden Harnstrahl zu färben und aus dem Ausscheidungstypus etc. diagnostische Schlüsse zu ziehen, können den Ureterenkatheterismus nicht ersetzen, da wir über das wichtigste, die Leistungsfähigkeit der betreffenden Niere, keinen sicheren und untrüglichen Aufschluß erhalten können.

Durch Einlegen des Ureterenkatheters ist es jetzt auch möglich, die früher so häufigen Verletzungen des Ureters bei Vornahme gynäkologischer Operationen gänzlich zu vermeiden.

Zum Schlusse bleibt noch übrig, des hohen Aufschwunges Erwähnung zu tun, welchen die Ureterenchirurgie im letzten Jahrzehnt genommen hat.

Während früher bei Harnleiterverletzung und bei der infolgedessen zurückbleibenden Fistel als „ultimum refugium" die Exstirpation der betreffenden Niere zur Anwendung kam, hat die der Neuzeit entstammende Ureteroplastik uns den richtigen Weg gezeigt, diese verstümmelnde Operation zu vermeiden. Sowohl die direkte Vereinigung der Harnleiterenden (Invagination des zentralen Endes in das stumpf dilatierte periphere), als auch die Implantation des zentralen Harnleiterstumpfes in Darm, Bauchwunde, Blase oder Nierenbecken wurden erfolgreich ausgeführt und auf diese Weise mancher Zustand, der früher an und für sich als unheilbar galt, glücklich bekämpft, respektive beseitigt.

Über Massage der Prostata und der Samenblasen.

Von Dr. **Artur Hennig-Königsberg** i. Pr.

(Schluß.)

So manche allgemeine, unbestimmte Klage, so manches als Neurasthenie oder chronischer Rheumatismus aufgefaßte Krankheitsbild, so manche vermeintliche Nierenaffektion ist lediglich auf eine chronische Erkrankung der Prostata zurückzuführen, und wir können nur die feinsten pathologischen Veränderungen dieses Organs mit Sicherheit erkennen, wenn wir uns durch eine fortgesetzte Untersuchung des normalen Organs eine gewisse Sicherheit in der Beurteilung desselben angeeignet haben; gelingt es uns, die ersten minimalsten pathologischen Veränderungen der Drüse selbst wie des Sekrets frühzeitig u erkennen, so werden wir auch im stande sein, vielen schweren Erkrankungen von dieser Seite rechtzeitig zu begegnen und die großen Gefahren, die sonst unvermeidlich sind, wesentlich zu mindern, ja vielleicht oftmals vollständig und frühzeitig zu beseitigen. Wir müssen uns als Spezialisten aber besonders schon deshalb üben, auch selbst die geringsten Abweichungen von der Norm durch unsere klinischen Untersuchungsmethoden kennen zu lernen, da die pathologische Anatomie uns hier im großen und allgemeinen ganz und gar im Stiche läßt; was wir wissen, verdanken wir in erster Linie dem rastlosen Forschen und der geistreichen Feder eines Finger.

Die Massage der Prostata wenden wir dann ferner therapeutisch in einer großen Reihe von Krankheiten an, die ich nun in folgendem, soweit sie sich auch meiner Meinung nach als geeignet für die Behandlung erwiesen haben, kurz skizzieren werde:

1. bei einfachen Kongestionszuständen, wie wir sie infolge von Masturbation, bei Exzemen in venere, aber auch in baccho, in einer Reihe von Infektionskrankheiten, besonders bei der Influenza, bei allgemeiner Plethora, nach übermäßigem Reiten, Radfahren, bei chronischer Obstipation, bei Erschlaffungszuständen in dem gesamten Sexualgebiete, speziell bei der Erschlaffung der Prostata, bei Lymph- und Blutstauungen in diesem Gebiete, im ersten wie im zweiten Stadium der Prostatahypertrophie, bei sexueller Neurasthenie etc. häufig zu sehen bekommen. In allen Fällen empfiehlt es sich, gleich im Anschlusse an die Prostata-Massage, gleichgültig, ob es sich um Erkrankungen der Vorsteherdrüse handelt, die auf septischer oder rein entzündlicher Grundlage beruhen, gründliche Ausspülungen der

Urethra wie der Blase und zwar lediglich mit der Spritze ohne Einführung eines Instruments vorzunehmen;

2. bei der einfachen unkomplizierten katarrhalischen Prostatitis, bei der Hypersekretion ohne manifeste Infektion (Guépin);

3. bei der subakuten Prostatitis, die sich im Anschluße an eine Urethritis posterior gonorrhoica entwickelt hat oder bisweilen infolge eines Traumas entstanden ist, jedoch mit größter Vorsicht, schonend und zart in kurzen Sitzungen und nicht zu häufig;

4. bei der chronischen Prostatitis, und zwar der aseptischen Form;

5. bei der chronischen Prostatitis, die nicht durch Gonococcen hervorgerufen ist und zwar sowohl bei der durch andere Mikroben (Staphylo-Streptococcen etc.) verursachten Form als Sekundärinfektion bei einem Tripper wie nach Strikturen der Harnröhre, die descendierend von einer Cystitis oder Pyelonephritis oder von einer Intestinalerkrankung abhängig ist;

6. bei der chronischen Prostatitis, die auf Gonococcen-Infektion beruht; diese Form dürfte unter allen Prostatiden den ersten Platz, was Häufigkeit und Bedeutung anbetrifft, einnehmen, und in der Behandlung gerade dieser Affektion durch geeignete Massage sind wohl mehr oder minder alle Urologen einig. Sie ist die eigentliche Domäne für die mechanische Behandlung der Vorsteherdrüse und gerade bei ihr feiert die technisch sachgemäss ausgeführte Massage — mit Hinzuziehung anderer therapeutischer Maßnahmen — die größten und schönsten Triumphe;

7. bei der chronischen Prostatitis in einer hypertrophischen Drüse (v. Frisch), wie auch umgekehrt;

8. beim Prostataabsceß. Schon oben deutete ich an, unter welchen Bedingungen die Massage hier indiziert und wie sie ausgeführt werden soll. Handelt es sich um kleine multiple, in den atonischen Drüsengängen befindliche Abscesse, so leuchtet es schon a priori ein, daß durch zart und vorsichtig ausgeführte Massage der Inhalt der Abscßhöhlen aus der Drüse exprimiert werden kann, ja man darf sogar auch bei rein interstitiell gelagerten Abscessen den vorsichtigen Versuch einer Massage machen; fühlt man, daß der Absceß sich verkleinert, ohne daß unter den kunstgerecht ausgeführten streichenden, glättenden und drückenden Bewegungen des Fingers nennenswerte Beschwerden auftreten, so kann man ruhig fortfahren. Gar oft wird man die Freude haben, während der Massage den Abscßinhalt, vielleicht leicht sang-

uinolent gefärbt, am orificium erscheinen zu sehen, in anderen Fällen gelingt es durch die mikroskopische Untersuchung des Sediments den erhofften Erfolg direkt nachzuweisen; an Stelle der an der Drüsenoberfläche prall gespannten Buckel und Erhöhungen fühlt man dann nach gelungener Massage linsen- bis erbsengroße Dellen. Doch nur, wenn sich die Abscesse leicht und ohne größere Kraftanwendung verkleinern, ist der Eingriff gestattet. Im Anschlusse an dieselbe empfiehlt es sich dann auch sofort, wie oben, Harnröhre und Blase gründlich auszuspülen, länger anhaltende kühle, meist jedoch warme bis heiße Darmspülungen zu machen, den Kranken so viel als möglich im Bett zu halten, und wenn der Darm sich beruhigt hat (oftmals tritt heftigster Stuhldrang auf), kleine Salzwasser-, Ichthyol- oder Jodkali-Klystiere mit der Oidtmann'schen Spritze zu geben.

Bei größeren Abscessen gelingt es wohl auch hin und wieder, durch vorsichtige Massage einen Durchbruch oder eine Ableitung in die Urethra zu erzielen, doch sollte nur ein mit dieser Methode sehr Vertrauter diesen Versuch wagen, das Gros der Ärzte wird immer zum Messer greifen müssen und den Absceß am besten nach Segond-Dittel vom Damme aus eröffnen, wenngleich auch die Guyon'sche Methode, die direkte Eröffnung des Abscesses vom Darme aus — bei günstiger Lage desselben und großer Vorsicht bei der Nachbehandlung — immerhin recht gute Resultate zeitigt.

Gelegentlich kommen uns Patienten zur Behandlung, bei denen sich ein Prostataabsceß schon von selbst in die Urethra oder Blase geöffnet hat, wie man aus der exakten Untersuchung und im Anschlusse an die Anamnese mit Sicherheit diagnostieren kann; diese eignen sich gewöhnlich sehr gut zur Massage und sind in betreff des Erfolges sehr dankbar. In der ersten Zeit dürfte man alle 2—3 Tage eine Wiederholung der Entleerung der Absceßhöhlen mit nachfolgender vorsichtiger Massage der Prostata wie deren nächster Umgebung, mit darauffolgenden Blasen- und Darmspülungen und Klystieren, wie schon angegeben, vorzunehmen haben, später etwas seltner, etwa alle 4—7 Tage;

9. bei Neurose der Blase (v. Frisch, v. Frankl-Hochwart, O. Zuckerkandl), und zwar:

a) bei allgemeiner Hyperästhesie der Prostata (Guépin, v. Frisch),

b) bei Spasmus des Sphincter und der Detrusoren (v. Frisch)

und zwar in Gemeinschaft mit Massage des gesamten Sexuale, wie sie in so vollendeter Form von Zabludowski ausgearbeitet und empfohlen worden ist („Zur Therapie der Erkrankungen der Hoden und deren Adnexe");

10. bei sexueller Neurasthenie, die auf chronischer Prostatitis beruht und zwar sowohl der rein katarrhalischen wie der infektiösen (Hottinger) in Verbindung mit allgemeiner Massage des Sexuale (Zabludowski);

11. bei Asthemo- und Nekrospermie (Fürbringer, Guyon);

12. bei der Atrophie der Prostata (Guiteras). Derselbe Autor hat auch in einem Falle von absolutem Fehlen der Prostata durch Massage der Stelle, an der die Drüse liegen sollte, das Wachstum der Drüse angeregt und ist der Überzeugung, daß eine geeignete und länger fortgesetzte Massage die Drüse wieder produzieren kann.

Kurz anschließen möchte ich hier gleich, daß es sich jedoch in fast allen oben angeführten Punkten nicht allein nur um eine sachgemäß und dem Falle entsprechende Prostata-Massage handeln darf, wodurch die betreffenden pathologischen Zustände gebessert werden können, sondern daß sie nur eine Teilerscheinung, wenn auch allerdings eine sehr wichtige, in der Behandlung dieser Affektionen ist, und daß neben ihr noch eine mehr oder minder große Zahl therapeutischer Eingriffe aufgeboten werden muß und zwar meist spezifisch-urologischer Art, um einen endgiltigen Erfolg zu erzielen.

Schließe ich nun obigen Betrachtungen gleich meine Beobachtungen über die Massage der Samenblasen an. Aus verschiedenen, und zwar sehr stichhaltigen Gründen hätte ich zwar beide Organe gemeinsam behandeln können, da sich sowohl bei der Indikationsstellung der Massage der Samenblasen wie auch bei der häufigen Mitbeteiligung eines Organs bei der Erkrankung des anderen vieles deckt, doch fürchtete ich, in den alten Fehler vieler Urologen zu verfallen, d. h. die Samenblasen nur so nebenbei zu behandeln, während ich gerade bei dieser Gelegenheit ein ganz besonderes Gewicht auf die Erkrankungen dieses Organs, wie auf die Behandlung durch die Massage legen wollte. Vorsteherdrüse und Samenblasen sind nicht streng von einander getrennte Organe, sondern stehen in inniger Beziehung zu einander, und daher müssen bei Affektionen der Prostata die Samenblasen, soweit es angängig ist, immer mitbehandelt werden (Guépin). Und gerade auch weil die Erkrankungen der Samenblasen sich leider im allgemeinen einer großen Unbekannt-

schaft bei den Ärzten erfreuen, ist es immerhin vorteilhafter, dieselben gesondert zu behandeln.

Gelingt es im allgemeinen, die Prostata mit seltenen Ausnahmen — und zwar nur bei pathologisch sehr veränderter Drüse — in ihrem ganzen Umfange mit dem Finger abzutasten, exakt zu untersuchen und zu behandeln, so kann ein gleiches von den Samenblasen nicht gesagt werden. Das leuchtet aber auch schon a priori durch die anatomische Lagerung derselben nach oben und außen von dem basalen Prostatarande ein, und es ist in der Tat nicht möglich — und zwar in einer nicht gerade ganz kleinen Zahl von Fällen — die Samenblasen selbst im normalen Zustande vollständig digital (Fuller) abzutasten — wenigstens nicht die oberen Abschnitte. Aber schon hieraus, wie überhaupt aus der Möglichkeit der Palpation derselben, sofort eine Erkrankung der Samenblasen folgern zu wollen — wie Gueillot, Rehfleisch und andere behaupten —, geht entschieden zu weit; andererseits kommt es aber auch vor, daß die Samenblasen bisweilen gar nicht palpabel und trotzdem krank sind, wie Collans aus dem Sekret resp. Sediment festgestellt hat, in dem er — neben Spermatozoen — Eiterkörperchen und Gonokokken häufiger fand, was ich voll und ganz bestätigen kann; im allgemeinen sind natürlich krankhaft vergrößerte Samenblasen — wenigstens in ihren, der Prostata zugewandten Abschnitten — leichter zu fühlen, als absolut normale; bald sind sie mit derben Knoten durchsetzt, bald fühlt man sklerotische Stränge durch, in anderen Fällen erweichte, leicht eindrückbare Stellen, häufig sind sie auch bei stärkerem Drucke fast ganz unempfindlich, gewöhnlich dagegen rufen selbst leichtere Expressionsversuche in krankhaft veränderten Samenbläschen heftige Schmerzäußerungen an verschiedenen Stellen des Sexualapparates hervor.

Mißlingt es nun schon bisweilen, die normalen Gebilde einer regelrechten Palpation in allen Dimensionen zu unterziehen, so ist das natürlich sehr viel schwieriger bei irgend einer nennenswerten Vergrößerung der Prostata; wie ich schon oben andeutete, stehen Samenblasen und Prostata sowohl im normalen, wie auch im pathologischen Zustande in innigster physiologischer und pathologisch-anatomischer Relation, und daher wird es bedeutend schwieriger, eine erkrankte Samenblase — i. e. eine vergrößerte Drüse — in allen ihren Abschnitten zu untersuchen, weil in den meisten Fällen dann auch schon die Vorsteherdrüse verändert, vergrößert ist; nur ganz selten kommt eine Erkrankung der einen oder beider Samenblasen ohne die geringste Mitbeteiligung der Prostata vor; und dann ist es im allgemeinen leicht

möglich, sie in allen ihren Abschnitten genau zu untersuchen. In dieser Hinsicht sehen wir nun einen scharf ausgeprägten Unterschied zwischen Prostata und Samenblasen, und ohne weiteres ergiebt sich schon aus der einfachen Unmöglichkeit, letztere in vielen Fällen exakt abzutasten, eine nicht zu unterschätzende Schwierigkeit in der Diagnosestellung. Da ich mich aber seit Jahren geübt habe, in fast jedem einzigen Falle neben der Prostata auch die Samenblasen aufzusuchen, wie auch Kollmann es regelmäßig tut, ob ein direkter Grund vorliegt oder nicht, so kann ich mit Bestimmtheit behaupten, daß es mir jetzt schon sehr viel häufiger wie früher gelingt, die Organe in ihrer Totalität dem tastenden Finger entgegenzuführen, genau wie es auch schon früher von Guyon und in letzter Zeit besonders von Meyer betont worden ist, und zwar fand ich folgende Punkte dabei wertvoll und berücksichtigungswert: Der Mastdarm muß völlig leer sein, die Blase mäßig gefüllt (Taylor), eine zu starke pralle Spannung erschwert die Palpation, der Zeigefinger — und nicht wie von anderer Seite geraten wird, der Mittelfinger — und die radiale Seitenfläche der Mittelhand muß tüchtig mit Fett eingestrichen sein und zwar bis zum Daumen, dann gelingt es sehr oft, wenn man den Index langsam und schonend durch den Anus an der vorderen Darmwand entlang über die rektale Fläche an der Prostata vorschiebt, die Samenblasen nicht nur zu erreichen, sondern sie bis zu ihren oberen Rändern hin in allen Teilen abzutasten, ganz besonders, wenn man den zu Untersuchenden ruhig atmen läßt und mit der anderen Hand reibende, zirkelförmige Bewegungen über der Blasengegend macht und zwar am leichtesten ist es, das rechte Samenbläschen mit dem rechten Index, das linke mit dem linken, zu untersuchen. Wie bei der Prostatauntersuchung, läßt sich keine bestimmte Regel für die Lagerung aufstellen, denn bei einem Patienten führt die Palpation in der Rückenlage, bei einem anderen in Knieellenbogen-, bei dem dritten in vornübergeneigter Stellung zum Ziele, resp. fühlt man am meisten, das muß bei jedem einzelnen — genau wie oben angegeben — ausprobiert werden.

Mit Absicht habe ich eingangs — bei der Besprechung der Prostatamassage — der sehr verbreiteten Ausführung derselben mit sog. Massage-Instrumenten keine Erwähnung getan, weil ich denselben auch nur einen ganzen minimalen Wert beimesse, doch möchte ich hier in kurzem auf dieselben hinweisen, weiter unten soll dann noch eine Aufzählung einer Reihe derselben erfolgen. Man hat den Vorschlag gemacht, da der Finger nicht immer ausreicht, auch die Pal-

pation mit einem derartigen Massage-Instrument vorzunehmen; ich habe mich lange Zeit nach dieser Richtung hin beschäftigt, doch bin ich zu der Überzeugung gekommen, daß wenigstens die bis jetzt bekannten Instrumente nicht imstande sind, auch nur annähernd den Finger zu ersetzen oder gar mehr zu leisten; nur ganz ausnahmsweise gelingt es, sich durch Sondierung mit einem solchen Stabe ein einigermaßen zutreffendes Bild über die Größenverhältnisse derselben zu machen, eher noch kann es uns Aufschluß über die Empfindlichkeit geben. Wir sehen, daß auch in diesem Punkte der Wert dieser Instrumente vollständig versagt und unter keinen Umständen auch nur annähernd mit der Digitaluntersuchung konkurrieren oder sie gar in ihrem Werte übertreffen kann.

Eine Reihe von Fällen werden wir also nicht exakt untersuchen können, was ja aber auch nur bei pathologisch-veränderten Samenblasen ins Gewicht fällt, bei denen nun aber gerade unsere letzhin wesentlich erweiterten klinischen Kenntnisse uns häufig ganz untrügliche Schlüsse zur Sicherung der Diagnose gestatten.

Zunächst werden wir auch hier die Expression und die Massage zur Diagnose und dann erst in zweiter Linie zur Therapie in Anwendung ziehen. Was den ersten Punkt anbetrifft, so muß man, um das Sekret der Samenblasen ganz allein zu erhalten — was übrigens oftmals recht schwierig ist und eine außerordentliche Technik erfordert, die erst in jahrelanger Uebung gewonnen werden kann —, zunächst der vollständigen Expression der Prostata peinlichste Blasen- und Urethralreinigung mit sterilem Wasser folgen lassen, und erst dann kann man — nach mäßiger Füllung der Blase mit sterilem Wasser — an die Expression und Massage der Samenbläschen behufs Gewinnung des Sekrets gehen; in gewissen Fällen wird es von Wert sein festzustellen, ob beide oder nur eine erkrankt ist, und man wird dann zuerst eine Samenblase exprimieren, die Urinblase entleeren, ausspülen, frisch füllen und dann die andere in gleicher Weise behandeln (Collans). Die mikroskopische Untersuchung des Sekrets resp. des Sediments wird uns dann häufig genauen Aufschluß über die ursächliche Erkrankung der Organe geben und damit gleichzeitig den therapeutischen Weg weisen.

Wenden wir uns nun der Expression und Massage der Samenblasen zu Heilzwecken zu, so schließt sich ihre Technik genau der Untersuchung zur Diagnostik an und wird ebenfalls lediglich mit dem Finger (Meyer) — und nur ganz ausnahmsweise in besonders geeigneten Fällen mit einem Massierstabe (modifizierter Feleki) — in der

für den Masseur bequemsten Lage vorgenommen; es empfiehlt sich, zunächst leicht reibende, glättende und drückende Bewegungen auszuführen, dann zirkelförmige und endlich streichende und klopfende — von unten nach oben oder umgekehrt — folgen zu lassen. Man wird niemals alle diese verschiedenen Manipulationen der Reihe nach in schematischer Form zur Anwendung bringen, sondern nur diejenigen, die für den vorliegenden Fall sich als besonders geeignet erweisen, worüber nur die technische Erfahrung des Arztes entscheiden kann. Im übrigen verweise ich noch auf die allgemeinen Ausführungen über die Prostata-Massage, die auch hier ihre volle Gültigkeit, wenn auch in etwas veränderter Form, haben.

Als Indikationen für die Massage der Samenblasen gelten im großen und allgemeinen dieselben Erkrankungen, wie wir sie bei der Prostata kennen gelernt haben, und der besseren Übersicht und Einheitlichkeit wegen wollen wir auch hier jener Anordnung folgen:

1. Einfache Kongestionszustände, wie ich sie oben bei der Prostata näher beschrieben habe;

2. Einfache unkomplizierte katarrhalische Spermatocystitis ohne jede manifeste Infektion (Fuller);

3. Die subakute Spermatocystitis, die sich im Anschlusse an eine Urethritis posterior subakuta gonorrhoica und in Verbindung mit einer Prostatitis entwickelt hat;

4. die chronische Spermatocystitis, und zwar die aseptische Form, wie aber auch die nach Gonokokken-Invasion, die zwar nicht so häufig wie chronische Prostatitis nach Gonokokken-Infektion auftritt, aber immerhin sehr viel häufiger vorhanden ist, als gemeinhin angenommen wird (Zeißl, Taylor, Posner, Morton, Scudder, Allen und Andere).

Meyer fand in 31 Fällen von gonorrhoischen oder postgonorrhoischen Erkrankungen 14 Fälle, in denen die Samenblasen erkrankt waren = 45%;

Chute unter 540 Kranken mit Affektionen der Harn- und Sexualorgane 60× eine Entzündung der Samenblasen.

Duhot konstatierte bei 60 Autopsien von Individuen jeden Alters sehr häufig krankhafte Veränderungen der Samenblasen und ist der Überzeugung, daß die Spermatocystitis viel häufiger vorkommt, als man annimmt, und zwar am häufigsten in Folge von Gonokokken-Invasion; ferner können alle Eiterbakterien besonders das bacterium coli und Staphlykokken, dann Trauma, Entzündungen der Blase, der

Prostata, des Rektums, Katheterismus, Harnröhrenstriktur in ätiologischer Beziehung zum Zustandekommen einer Spermatocystitis beitragen. Rehfisch hält die Gonorrhoe — nächst dem Abusus sexualis und Trauma — für die häufigste Ursache der akuten Spermatocystitis; desgleichen Collan, Lang, Neisser, von Sehlen, Loyd, Lucas, Petersen (4%), Colombini besonders im Zusammenhange mit gonorrhoischer Epididymitis; in allerjüngster Zeit betonen die Häufigkeit der Samenblasenentzündung nach Gonorrhoe Morton, Chas, L. Scudder, Robert, Dubot;

5. die Spermatitis fibrosa, wenn derbe, zum Teil schmerzhafte Stränge in der Samenblasengegend zu fühlen sind (Meyer);

6. der Absceß, den in seinen höchsten Graden Meyer Samenblasenempyem zu nennen vorschlägt;

7. die Neurosen der Blase und der Prostata;

8. die sexuelle Neurasthenie;

9. die Asthemo- und Nekrospermie;

10. die Atrophie; und endlich

11. die Tuberkulose (Fuller). Ob diese Indikation gerechtfertigt ist, dürfte höchst strittig sein; man darf wohl eher annehmen, daß auch selbst eine sehr vorsichtig ausgeführte Massage die Tuberkelbazillen propagieren und den Entzündungsprozeß zur Exacerbation bringen könnte.

Haben wir jetzt schon eine stattliche Zahl von Indikationen für die Prostata- und Samenblasen-Massage kennen gelernt, so dürfte sich der Kreis derselben in Zukunft — bei weiterer Vertiefung in das Studium dieser Organe — noch wesentlich erweitern; je früher wir bei irgend welchen Erkrankungen der Sexualorgane unser Augenmerk auf diese Drüsen lenken werden, um so mehr werden wir die Behandlung schon vom prophylaktischen Standpunkt aus vorzunehmen haben.

Als Kontraindikationen der Prostata-Massage gelten im allgemeinen:

1. Die akute Prostatitis (Hogge), und zwar wegen zu großer Schmerzhaftigkeit und Zunahme der subjektiven Empfindungen (v. Frisch, Morton, Ebermann);

2. Die subakute Gonorrhoe (v. Frisch);

3. Blutungen, die im Gefolge der Massage auftreten (Morton)

4. Prostatahypertrophien (Bum), die hart und trocken sind, folglich keine resorbierfähigen Elemente in sich enthalten (Ebermann);

5. Tuberkulose (Posner, Morton, Ebermann);
6. Lues;
7. myomatöse Hypertrophien (Ebermann);
8. bösartige Tumoren, Krebs, Sarcom (Ebermann);

und der Samenblasen-Massage:

1. Die akute Spermatocystitis, besonders der Schmerzen wegen und ev. Verschlimmerung des Prozesses (Morton);
2. Blutungen (Morton);
3. Tuberkulose (Morton);
4. bösartige Tumoren.

Was nun die schon oben berührte Instrumentenfrage anbetrifft, so müssen wir hier solche unterscheiden, die lediglich zur Massage der Prostata und der Samenbläschen dienen, von einer anderen Reihe, die gleichzeitig als Elektroden zur elektrischen Behandlung der betreffenden Organe konstruiert sind und schließlich von den als Kühl- resp. Doucheapparat für das rectum im Gebrauche befindlichen.

Der erste Apparat zur Prostatamassage ist wohl von Feleki im Jahre 1895 (s. Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 1895, p. 5/6) angegeben und noch bis auf den heutigen Tag bei vielen Urologen in Anwendung und beliebt. Mannigfache Modifikationen sind bis in die jüngste Zeit an ihm vorgenommen worden, aber auch in diesen veränderten Formen kann ich mich nicht, wie ich schon oben sagte, für ihn begeistern und keinem kann ich einen wirklichen Wert inbezug auf die Wirkung, die er ausüben soll, zusprechen, wenigstens was die Prostata anbetrifft; etwas günstiger in der Beurteilung kommen diese Apparate als Massage-Instrumente bei den Samenblasenerkrankungen fort. Aenderungen des Feleki'schen Instrumentes sind gemacht von Pezzoli, besonders zur Expression der Samenbläschen, von Kilus Eastmann in Form eines Fingerhutes zur Massage der Samenblasen, von Hogge in Gestalt eines Fingerlings, an dessen Volarseite ein Platinplättchen isoliert ist, als negativer Pol einer galvanischen Batterie besonders empfohlen zur elektrischen Massage der Prostata, von Sonnenberg ein nach Art eines Handschuhfingers aus Metall hergestelltes, innen hohles Instrument, das genau wie ein Handschuhfinger aufgestreift, an seinem peripheren Teil mit Blei gefüllt wird, von Trousseau — als compressor prostatae bezeichnet — ein an seinem Ende olivenförmig abgerundetes Stäbchen, von Dufaux in Form eines langgestreckten römischen S mit fingerartiger Beschaffenheit seines Vorderteils aus Metall, mit einer Schicht weichen Gummis überzogen,

von Vertun als isolierte Rektal-Elektrode wie gleichzeitig zur Massage geeignet, von Scharff, der das neue Pezzoli'sche Prostata-Massage-Instrument mit Leitung und Polklemme versehen hat, zur gleichzeitigen Applikation von elektrischen Strömen, und von einigen anderen.

Überschaut man die lange Reihe der Indikationen zur Prostata- und Samenblasenmassage, so entdeckt man jedoch sehr bald, daß diese Therapie allein bei den meisten dieser Erkrankungen durchaus noch nicht genügt, und daß noch eine ganze Zahl anderer Maßnahmen spezifisch urologischer Art, allgemein hygienisch-diätetischer Natur, elektrische und hydrotherapeutische Kuren vorgenommen werden müssen, um einen vollen Erfolg — und leider auch den sehr häufig nicht einmal — dauernd zu haben. Im Rahmen dieser Arbeit liegt es natürlich nicht, auf diese erweiterte Therapie näher einzugehen, nur erwähnen möchte ich noch, daß die Massage der Prostata wie der Samenblasen ganz wesentlich durch hydrotherapeutische Prozeduren — wie: hohe kalte resp. warme Klystiere, Wechselduschen, die Anwendung von Kühlapparaten etc. nach Winternitz, Arzberger, Goldenberg, Frank, Scharff, Guiteras und andere — günstig unterstützt werden und besonders in richtiger Nutzanwendung derartiger Prozeduren und Apparate vor oder nach jeder Massage resp. in den freien Intervallen wird sich der denkende und feingebildete Spezialist ganz besonders bekunden. Gerade über diese Punkte behalte ich mir weitere Veröffentlichungen vor.

Meine Ausführungen kann ich jedoch nicht schließen, ohne mich leider mit unserem verdienstvollen Förderer und Forscher auf urologischem Gebiete, Posner, in einem Punkte in Widerspruch zu setzen.

In der dritten Auflage seiner „Therapie der Harnkrankheiten" (1904) sagt Posner bei der Besprechung der chronischen Prostatitis (pag. 78/79): „Ich habe diese Erkrankung etwas eingehender besprochen, weil mir scheint, daß ihr selbst heute noch, wo ihre Kenntnis sich wesentlich mehr verbreitet hat, noch immer nicht die genügende Aufmerksamkeit zugewandt wird und weil ihre Behandlung, bei der die spezialistische Technik doch immerhin nur eine untergeordnete Rolle spielt, so recht in das Gebiet des allgemeinen Praktikers fällt."

Dieser Satz darf nicht unwidersprochen bleiben. Ist die Massage der Prostata und der Samenblasen schon selbst für den geübteren Urologen in vielen Fällen schwierig und erheischt sie vor allen Dingen eine sehr subtile Diagnose, so dürften die mit derselben zusammenfallenden mikroskopischen Untersuchungen der Sekrete und

Sedimente, wie die auch noch außerdem notwendigen spezifisch-urologischen Maßnahmen, die fast in jedem Falle einer Prostatitis und Spermatocystitis erforderlich sind, eine völlige terra incognita für den Praktiker sein und bleiben, — und schon aus diesem Grunde sollten die „allgemeinen Praktiker" derartige Erkrankungen und therapeutischen Eingriffe als ein noli me tangere betrachten, zumal durch unvorsichtig und an falscher Stelle ausgeführte Massage der Vorsteherdrüse und der Samenblasen sicherlich mehr geschadet als genützt wird. Ich gehe aber noch viel weiter, da die Prophylaxis jeder Krankheit viel dankbarer ist als die Theraphie, und als unser erstrebenswertestes Ziel uns stets und immer die Verhütung von Krankheiten vorschweben soll und muß. Ich behaupte: daß nur deshalb die Gonorrhoe so unendlich verbreitet ist, und daß so viele matrimonale Infektion besteht, weil die akute Gonorrhoe gerade in ihrem Anfangsstadium von den allgemeinen Praktikern in unzweckmäßiger Weise behandelt wird; alle unsere Maßnahmen zur Verhütung oder Einschränkung der Gonorrhoe — wie aber selbstverständlich auch der Syphilis — sind vollständig illusorisch, solange der alte Schlendrian in der Behandlung bleibt, so lange jeder praktische Arzt der Meinung ist, mit der Trippers pritze nebst einigen Rezepten für Harnröhreninjektionen und grauer Salbe im Stande zu sein, den Kampf gegen die schlimmsten Feinde der Menschheit erfolgreich aufnehmen zu können. Diese Krankheiten, speziell die Gonorrhoe, sollten ein noli me tangere für den allgemeinen Praktiker bleiben, sofern er sich nicht eingehender wenigstens mit den Anfangsgründen der exakten Untersuchung beschäftigt hat, sofern er nicht in der Lage ist, durch das Mikroskop den Fortgang des Prozesses zu überwachen (Scholtz), sofern er nicht imstande ist, die ersten Anfänge einer Komplikation richtig zu erkennen und derartige Fälle sofort dem Spezial-Kollegen zur Behandlung zu überweisen. Jahrelange, durch alle Untersuchungsmethoden gestützte, wiederholte und immer wieder vorgenommene Untersuchungen einer großen Reihe von Fällen haben mir den absoluten Beweis gegeben, daß die akute Gonorrhoe — richtig und sorgfältig von ihrem ersten Auftreten behandelt — eine verhältnismäßig leicht und in relativ kurzer Zeit zu heilende Krankheit ist, und daß die Mehrzahl der ungeheilten und fast unheilbaren Fälle von Tripper, gemeinhin der leichtfertigen oberflächlichen und falschen Behandlung in der ersten Zeit, der mangelhaften Aufklärung der Patienten durch die behandelnden Aerzte, die allgemeinen Praktiker, zugeschrieben werden müssen. Diese Worte sind hart, sehr hart, aber ich glaube — im wohlverstandenen

Interesse der Kranken wie der Ärzte selbst, diese Ansicht einmal offen und ehrlich aussprechen zu müssen; und zwar in der festen Überzeugung, daß wir hier zuerst reformieren müssen, um unsägliches Elend von unseren Mitmenschen fernzuhalten. Dann werden auch die großen Verdienste eines Neisser, Fürbringer, Posner, eines v. Frisch, Finger, v. Zeissl, Zuckerkandl, eines Guyon, Albarran, Janet und vieler Anderer um die Gonorrhoefrage und Therapie, die rechten, die schönsten Früchte tragen. —

Über Massage der Harnröhre.

Von **Dr. Boß-Straßburg i. Elsaß.**

Mit drei Abbildungen.

Von allen chronischen Erkrankungen der Harnröhre entfallen auf die chronische Gonorrhoe ungefähr 90%. In früherer Zeit ist man inbezug auf die dauernde Ausheilung des chronischen Trippers sehr pessimistisch gewesen. Heute ist es uns auf Grund der Fortschritte in der Kenntnis der Pathologie und Therapie dieses hartnäckigen chronischen Leidens doch möglich, weitaus den größten Teil der chronischen Tripper auszuheilen. Bekanntlich kann die Krankheit sich allein auf der Schleimhaut lokalisieren oder auch in die Tiefe dringen und dort Infiltrationen weicher oder harter Natur hervorrufen, wir haben demgemäß zwischen einer „urethritis superficialis" und „profunda" zu unterscheiden. Von größter Wichtigkeit ist die Trennung dieser beiden Krankheitsformen, da jeder eine ganz verschiedene Behandlungsweise zukommt. Über das Prinzip, wie die infiltrative Urethritis zu behandeln sei, ist man sich heute einig. Wohl die meisten Autoren reden der instrumentellen Behandlung, sei es mit Sonden oder Dilatatoren, das Wort. In der Tat muß zugegeben werden, daß man mit der von Oberländer[1]) angegebenen und von seinen Schülern vervollkommneten Methode der Dilatation auffallend gute Resultate erzielt. Fragen wir uns nach der Wirkungsweise der Dilatation, so gibt uns J. Cohn[2]) in seiner Arbeit „Die Behandlung der chronischen Gonorrhoe" hierauf eine sehr befriedigende Antwort. Unter Dilatation haben wir nicht einen

[1]) Die chron. Erkrankung der männlichen Harnröhre. (Klinisches Handbuch der Harn- und Sexualorgane).

[2]) Therapie der Gegenwart, August 1902.

schweren, mechanischen Eingriff zu verstehen, der das neugebildete Narbengewebe mit Gewalt zersprengen muß, der künstlich einen großen Riß und hierdurch große Blutungen hervorrufen würde. Durch die Dilatation übt man nur einen leichten Reiz auf die Schleimhaut aus, der das Narbengewebe in eine weichere Masse verwandelt auf dem Wege des entzündlichen Prozesses. Die narbige Masse soll in eine frische, mäßige Entzündung versetzt werden. Die Produkte können sich alsdann resorbieren und zurückbilden. Es handelt sich also bei der Dilatation um eine urethrale Massage.

Sind aber die vorzüglichen Heilresultate lediglich auf Massage-Wirkung zurückzuführen, dann lag der Gedanke sehr nahe, nicht auf dem Umwege der Dilatation, sondern durch hierzu geeignete Instrumente die Urethral-Massage auszuüben. In der Tat sind von Bartring[1]) und von Berger[2]) Methoden zur Massage der Harnröhre angegeben worden.

Bartring empfiehlt das Verfahren für die Behandlung chronischer Urethritis und von Strikturen. Er führt es in der Weise aus, daß er auf einem Metallbouge ca. 5 Minuten die Urethra, besonders infiltrierte und strikturierte Stellen, massiert.

Es ist naturgemäß schwer zu beurteilen, wie viel von seinen guten Resultaten auf Rechnung der einfachen mechanischen Bougiebehandlung, wieviel auf die Massage zu setzen ist, wenngleich der Autor der Massage einen großen Wert beilegt. Die Massage zur Behandlung an diesen Punkten hat sich bisher nicht sehr eingebürgert, trotzdem die Richtigkeit ihrer Anwendung an dieser Stelle nicht zu bestreiten ist, und bei vorsichtiger Anwendung Schädigungen kaum eintreten dürften. (Buschke)[3]).

Diese manuelle Massage, welche übrigens auch von Mochlau[4]) in ähnlicher Weise ausgeübt wurde, wird von Berger[2]) verworfen. Zunächst läßt sich die Penis-Massage wegen bald eintretender Erektion nicht gut ausführen, des Weiteren aber hat sie den Nachteil, daß bei chronisch entzündlichen Affektionen der Urethraldrüsen die in diesen sitzenden Pfröpfe nicht nur nicht entfernt, sondern durch diese Art Massage noch tiefer in das Drüsenlumen hineingedrückt werden.

---

[1]) Annales des maladies des organs genit. urin. 1903, 10.
[2]) Monatshefte für prakt. Dermatologie. 1902, 5.
[3]) Referat in der „Therapie der Gegenwart." 1903, August.
[4]) Therapeutische Monatshefte. 1900, 8.

Berger hat daher ein besonderes Instrumentarium für die Massage der Urethra angegeben.

Ein 16 cm. langes Metallrohr mit Trichteransatz nach Art der Endoskope hat an seinem vorderen Ende vier Längsschlitze von 7 cm. Länge und 2 mm. Breite. Wird das Instrument, dessen sorgfältige Ausführung jede scharfe Kante vermieden, in die Urethra eingeführt, so fällt die Schleimhaut, wie man sich durch einen Reflektor überzeugen kann, in die Längsschlitze hinein und bildet vier in das Lumen des Rohres vorspringende Leisten. Als mittlere Stärke des Rohres hat sich am zweckmäßigsten No. 20—21 Charrière erwiesen.

Hat man nunmehr das Instrument gut eingefettet dem Patienten in liegender Stellung eingeführt, dann gießt man von oben in den Trichter 3—4 ccm. einer aus gleichen Teilen Wasser und Glycerin bestehenden Flüssigkeit, welcher man Medikamente, wie salpetersaures Silber, Jod, Ichthyol u. a. zusetzen kann. Indem man jetzt mit den Fingerspitzen der linken Hand ganz lose die „Glans penis" umfaßt, führt man mit der rechten am Trichterrande nicht zu brüske Drehungen mehrere Minuten aus und bringt dann den geschlitzten Teil des Instruments eventuell an eine andere zu massierende Stelle. Auf diese Weise wird die bei den Umdrehungen stets in die Schlitze hineinspringende Schleimhaut von den stumpfen Rändern der Spangen ohne die geringste Schmerzempfindung, nur mit Gefühl einer Reibung massiert. —

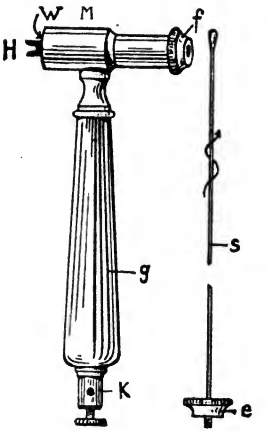
So ingeniös und praktisch auch diese Methode sein mag, die Massage der Harnröhre hat sich bis heutigen Tages nicht einbürgern können. Und doch ist es verwunderlich, daß ein therapeutisches Mittel von solcher Bedeutung, von so wirkungsvollem Effekt bei der Behandlung der chronischen Gonorrhoe nicht in Anwendung gebracht wird.

Die Dilatation bezweckt doch nur, durch einen auf die Schleimhautwand ausgeübten Druck die Infiltrate der „Mucosa" und „Submucosa", die Granulationswucherungen, die epithelialen Anhäufungen und Verdickungen, die Strikturen etc. zum Schwinden zu bringen. Dieser durch Sonden oder Dilatatoren erzeugte Druck ist aber ein ruhender, stabiler. Kommt nun außerdem Friktions- und Vibrationsmassage hinzu, dann muß der durch diese Kombination auf die Schleimhaut ausgeübte Reiz von energischer, heilkräftiger Wirkung sein. Von diesem Gedanken ausgehend, habe ich einen Massage-Apparat für die Harnröhre konstruiert, über dessen Verwendbarkeit in der Praxis ich folgendes anführen möchte.

Zunächst die Beschreibung des Apparates.

Er besteht aus einem winkelförmigen Massier-Handstück und den Sonden.

Das Handstück setzt sich zusammen aus dem Massierkörperträger M und dem dazu senkrecht stehenden Griffteil g, an dessen unterem Ende die mit dem Massierkörperträger M in metallischer Verbindung stehende Stromzuleitungsklemme k angebracht ist.



In dem Massierkörperträger befindet sich die Welle W, an deren einem Ende das Gewindefutter f angebracht ist, in welchem Massiersonde S eingeschraubt und mittelst Contremutter e gesichert werden.

Die Sonden haben eine Länge von 21 cm. und tragen vorn eine Olive. Vorläufig werden sie in den Stärken 21, 23, 25, 27 Charrière jedem Apparat beigegeben. Sie lassen sich leicht in den Massierkörperträger einschrauben und geraten während des Gebrauches in rotierende Bewegung im Sinne des in die Figur eingezeichneten Pfeiles, also um ihre Längsachse. Infolge der Länge und der am Ende der Sonde angebrachten Olive, außerdem infolge ihrer Elastizität und exzentrischen Lagerung gerät das Ende der Sonde in Schwingungen, welche sich dem massierten Körperteil mitteilen. Die Sonden bestehen aus Metall, wodurch sich eine leichte Reinhaltung und Sterilisierung derselben ermöglichen läßt.

Will man den Apparat in Tätigkeit setzen, wird zunächst das Handstück der biegsamen Welle eines Elektromotors am hinteren Ende H des Massierkörperträgers aufgesteckt. Beim Aufstecken greift die flache Stahlzunge der Welle in die gabelförmig ausgefeilte Achse des Handstückes, wodurch letztere gezwungen wird, an der Rotation teil zu nehmen. Diese wird bewirkt durch einen Elektromotor, dessen Tourenzahl durch einen Rheostaten bequem reguliert werden kann. Zum Antrieb des Elektromotors dient ein Akkumulator oder die elektrische Lichtleitung.

Der Holzgriff dient dazu, den Apparat bequem in der Hand zu halten, um die Sondenvibrationsmassage an der Stelle der Harnröhre ausüben zu können, wo dies erforderlich scheint. Zur genauen Diagnostizierung ist urethkoskopische Untersuchung der Harnröhre notwendig. —

Da die hervorragendste Wirkung der Massage in der Verstärkung des abführenden Venen- und Lympfkreislaufes besteht, so findet sie vornehmlich da Anwendung, wo wir eine erhöhte Resorption erreichen wollen. Auf die Vermehrung des Venenkreislaufes folgt sekundär ein verstärkter arterieller Zufluß, der eine gesteigerte Ernährung zur Folge hat.

Bei der Massage der Urethra beabsichtigen wir somit, hauptsächlich die Residuen entzündlicher Prozesse, wie Verdickungen des Epithels, Infiltrationen und Vernarbungen zu lösen und zu beseitigen.

Es ergeben sich daher für die Harnröhrenmassage folgende Indikationen:

1. Zur Beseitigung der weichen Infiltrationen der Schleimhaut; der Krypten, Follikel, Drüsen und der Schwellkörper;
2. Zur Beseitigung der harten Infiltrationen, also der Strikturen;
3. Zur Behandlung der chronischen Prostatitis von innen aus;
4. Zur Hebung der Impotenz, wenn sie durch chronische Erkrankung der Harnröhre bedingt ist.

In den beiden letztgenannten Fällen wird neben Massage gleichzeitig Elektrizität in Anwendung gebracht. Zu diesem Zweck wird die Kathode einer konstanten Batterie oder eines Induktions-Apparates an der Schraube des Holzgriffes befestigt. Die Anode kommt auf das Lendenmark oder den Damm.

Klinische Beobachtungen:

Seit $1^1/_2$ Jahren habe ich in meiner Praxis Versuche mit dem angegebenen Massage-Apparat angestellt und ich muß gestehen, daß sie durchweg günstig ausgefallen sind. Zunächst ist vorauszusenden, daß der Apparat nur bei chronischen Fällen von Gonorrhoe zu verwenden ist.

Zur Vornahme der Massage legt sich Patient auf das Untersuchungssopha und hält mit beiden Händen seinen Penis fest. Man beginnt zuerst mit Sonde Ch. 21 und gelangt allmählich zu höheren Graden. Die Sonden werden zweckmäßig mit Salben bestrichen. Am besten hat sich mir nach langem vielen Ausprobieren eine Salbe bewährt, deren Zusammensetzung folgende ist:

Rp. Bismuth. subnitric. 3—4 gr.
Zinc. sulfocarbolic. 1—2 gr.
Eucain β 0,5—1 gr.
Lanolin anhydric. 40,0 gr.
Mfung.

Von allen Salbengrundlagen ist das Liebreich'sche Lanolin die beste, da es, einmal in die Schleimhaut einmassiert, bis zum nächsten Tage an derselben haftet. Die Verwendung der neueren Silberpräparate in Form von Salben habe ich aufgegeben, da sie sich leicht zersetzen und Reizzustände unangenehmer Art hervorrufen können.

Hat man die dick mit Salbe bestrichene Sonde in die Harnröhre eingeführt, schaltet man den Strom ein und läßt die Sonde mit ziemlicher Geschwindigkeit längs der Harnröhre bis zum „muscul. compressor urethrae" auf- und abrotieren. Hierbei wird diese nicht bloß durch die antiseptisch-adstringierend wirkende Salbe, sondern vornehmlich durch die Friction und Vibration günstig beeinflußt. Auffällig ist die geringe Schmerzhaftigkeit des ganzen Verfahrens; selbst empfindliche Patienten ertragen die Massage ohne Beschwerden. Die Dauer der Prozedur beträgt je nach Erfordernis 2—3 Minuten.

Nach jeder Massage stellt sich eine geringe Reaktion ein, bestehend in einer unbedeutenden Sekretion, die aber nach kurzer Zeit, meist nach 3—4 Stunden, verschwindet.

Die Anwendung der Massage erfolgt wöchentlich 1—2 Mal und wird so lange fortgesetzt, bis alle Krankheitserscheinungen beseitigt sind.

Ganz vorzüglich sind zunächst die Erfolge, wenn es sich um einfache Infiltrationen in der Schleimhaut der Harnröhre handelt. Dieselben verschwinden nach 4—5 maliger Massierung.

Besonders ins Auge fallen die günstigen Wirkungen bei harten Infiltraten, also bei Verengerungen der Harnröhre. Es ist die Regel, daß die Striktur, falls sie nicht unter 21 Ch. liegt, was im Allgemeinen selten ist, schon bei der ersten Massage nachgibt, indem die Olive der Sonde infolge der Rotation um die Längsachse leicht über die Striktur gleitet. Allmählich schreitet man zu den stärkeren Sonden, worunter zu verstehen ist, daß nur die Oliven die Nummern 23, 25, 27, der Charrière'sche Skala aufweisen. Auch die Oliven werden naturgemäß mit der oben angegebenen Lanolin-Salbe dick bestrichen. Auf diese Weise lassen sich Strikturen nach mehrmaliger Massage vollkommen beseitigen, indem das Narbengewebe erweicht

und zur Resorption gebracht wird, ohne daß man eine neue Entzündung wie bei der Dilatation hervorruft.

In gleicher Weise beeinflußt die Vibrationsmassage die Verhärtungen der Schwellkörper, wenn auch hierbei der Erfolg langsamer einzutreten pflegt.

Weiterhin kann die Massage in Anwendung gebracht werden bei Erkrankungen des hinteren Teiles der Harnröhre, da die gerade Sonde durch die Rotationen leicht den Compressor-Muskel überwindet und nach hinten gleitet. Angezeigt ist dieses Verfahren bei weichen und harten Infiltrationen der hinteren Harnröhre.

Endlich gewährt der Apparat auch die Möglichkeit, die Impotenz bedingt durch chronische Erkrankungen des Samenhügels, der Vorsteherdrüse und Samenbläschen in Verbindung mit dem konstanten oder induzierten Strom günstig zu beeinflussen. — Die Vorzüge der Urethral-Massage gegenüber der Dilatation bestehen darin, daß

1. die Massage eine einfachere und leichter zu handhabende Methode darstellt,
2. daß Blutungen nicht vorkommen,
3. daß das Verfahren schmerzlos und in seiner Wirkung der Dilatation überlegen ist.

Die Verwendung der Massage bei akuten Fällen ist ausgeschlossen. Subacute Entzündungen des vorderen und auch des hinteren Teiles der Harnröhre dürfen erst dann in Angriff genommen werden, wenn die Entzündungserscheinungen vollständig zurückgegangen sind und die urethroskopische Untersuchung mucöse Schwellungen oder harte Infiltrate ergibt.

Sekretion aus der Harnröhre, sofern sie in geringem Maße sich geltend macht, bildet keine Kontraindikation. Die mit Ausfluß einhergehenden Fälle von chronischen Gonorrhoeen werden durch innerliche Darreichung von Gonosan oder durch Janet'sche Spülungen — in Verbindung mit der Massage — sehr günstig beeinflußt. Ist die Sekretion geschwunden, erzielt man rasch Heilung lediglich durch Massage, wobei man den Heilungsprozeß durch Verabfolgung von Gonosan unterstützen kann. —

Seit $1\,^1/_2$ Jahren habe ich den Massage-Apparat in Verwendung und damit eine große Anzahl von Gonorrhoeen zur Heilung gebracht. Wenn ich mich entschlossen habe, den Apparat der Öffentlichkeit zu übergeben, so geschah dies, weil ich überzeugt bin, daß ein jedes neues Verfahren bei der Behandlung der hartnäckigen chronischen

Gonorrhoe immerhin als ein Fortschritt anzusehen ist, falls diese neue Methode mehr leistet, als die bisher übliche. Aber selbst wenn man eine Verbesserung oder Vervollkommnung der jetzigen Behandlung durch Massage negiert, so bleibt sie doch ein wichtiges therapeutisches Mittel, das überall da am Platze ist, wo ein Erfolg mit der eingeschlagenen Therapie sich nicht erzielen läßt.

Die Alleinfabrikation dieses Massage-Apparates hat die elektrotechnische Fabrik von Reiniger, Gebbert und Schall in Erlangen übernommen. Sie liefert den Apparat mit 4 Massiersonden in einem kleinen Nußbaumgehäuse zum Preise von 30 Mk.

Der Neomalthusianismus.

Die facultative Sterilität in der ärztlichen Praxis.

Von **Dr. Rohleder-Leipzig.**

(Fortsetzung.)

Ferdy hat in seinem Werke: „Die künstliche Beschränkung der Kinderzahl als sittliche Pflicht" vom Standpunkte des Nationalökonomen auf Grund der Prinzipien von Kants autonomer Moral die Berechtigung des N. nachzuweisen versucht. Doch dies kommt für uns Ärzte nicht in Betracht. Mensinga stellt sich, wie er mir in einem Briefe privatim mitteilt, nicht auf den Standpunkt des Nationalökonomen, sondern auf den des Hygienikers, er will seine Bestrebungen für die fakultative Sterilität nur als hygienische aufgefaßt wissen. Übrigens zeigen die Autoren in der Medizin jetzt mehr ein Verlassen des allzu scrupulösen Standpunktes (ich verweise nur auf den ersten Jahrgang vorlieg. Zeitschrift: „Marcuse: „Dürfen wir zum außerehelichen Geschlechtsverkehr raten?"), auf Molls diesbezügl. Standpunkt „wenn nur nicht die Rechte dritter Personen verletzt werden", Keplers Anschauung über N., daß nur die Ehe mit einer castrierten Frau als Idealehe anzusehen sei, Erbs Anschauung von der Schädlichkeit der sexuellen Abstinenz u. v. A.).

Die Begründung für unsere Berechtigung der Anempfehlung neomalthusianischer Vornahmen beim geschlechtlichen Verkehr gibt uns aber erst die 2. Frage:

II. Gibt es Erkrankungen, welche den Arzt, sei es pro-

phylaktisch, sei es therapeutisch-hygienisch, hierzu zwingen? und welche sind dies bejahenden Falles? Ja, es gibt eine Menge Erkrankungen, welche die schwerwiegendsten Bedenken für eine Schwangerschaft seitens der Frau darbieten und ganz energisch N. verlangen, eine solche Menge, auch seltenerer Erkrankungen, (wie Osteomalacie, Morbus Addisonii), daß ich hier nicht jede einzelne bis ins Detail hinein in ihren Beziehungen zum N. schildern kann, sondern nur eine kurze Gruppierung der hauptsächlichsten diesbezüglichen Erkrankungen geben will, den medizinischen Neomalthusianismus, was bisher nicht geschehen, in ein System bringen will.

I. Seitens der Frau sind Zustände, welche bei Schwangerschaft event. die größte Gefahr resp. den sicheren Tod derselben bedeuten können und zur fakultativen Sterilität verpflichten

1. Schwere Herzleiden
2. Schwere Lungenleiden
3. Schwere konstitutionelle Erkrankungen
4. Hochgradige Beckenverengerungen
5. Schwere Nierenleiden
6) Geschlechtsleiden.

II. Seitens der Nachkommenschaft sind Zustände, welche durch Vererbungsgesetze, sei es vom Vater oder von der Mutter, zu neomalthusianistischen Prinzipien zwingen:

1. Schwere Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Syphilis).
2. Schwere Konstitutionskrankheiten (Diabetes, Haemophilie).
3. Schwere Nerven- und Geistesstörungen.
4. Einige chronische Vergiftungen (Alkoholismus und Morphinismus).

1. Die Herzfehler, welche zur fakultativen Sterilität Veranlassung geben können, sind organische Klappenfehler, Myokarditiden in hochgradigen Stadien, welche, sei es während der Schwangerschaft, sei es durch die Geburt, durch Überanstrengung bei derselben, eine gefahrvolle Bedrohung der Herztätigkeit herbeiführen könnten.

Ich habe bei diesen Leiden in einem relativ hohen Prozentsatz (bisher 19 Fällen) zum N. meine Zuflucht genommen. Hochgradige Komplikationen, welche chronische Herzkrankheiten durch Schwangerschaft erfahren, zwingen dazu, obwohl auch heute noch die Gynäkologen sich durchaus ablehnend verhalten. Zweifel (Zentralblatt für Gynäkologie 1900, No. 20, Seite 534—35), der sich als echter Antineomalthusianer zeigt, sagt: „Es ist doch klar, daß die Praxis von antikonzeptionellen Mitteln irgendwelcher Art nur (sic! Verf.) der

Lüsternheit dienen soll und sich in den Dienst einer solchen Tendenz zu stellen, muß jedem Arzt die Sorge um die soziale Achtung verbieten. Derjenige, welcher darin am meisten leistet, hat auch die soziale Achtung verloren," gibt aber auf der anderen Seite selbst die Schädigungen des Herzens durch die Gravidität zu. Lehrbuch der Geburtshilfe, II. Aufl. 1889, Seite 91: „Das Herz bekommt durch die Erhöhung des intraabdominellen Druckes eine Arbeitsvermehrung. Die Folge ist eine leichte excentrische Hypertrophie des linken Ventrikels, und diese Druckerhöhung erklärt vollauf manche Zirkulationsstörung im späteren Verlauf der Gravidität (Herzklopfen, Schwindelaffektionen und Kongestionen nach dem Kopf) und Seite 274: „Herzkrankheiten sind überhaupt für alle davon Befallenen eine unheimliche Bescheerung, ein wahres Damoklesschwert . . . ja, ich bin der Ansicht, daß sie (i. e. „die Schwangeren". Verf.) dabei gefährdeter sind als sonst." . . . Daß hierbei die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett nur ungünstig wirken können, ist begreiflich. . . . Wir haben an Vitium cordis 2 Todesfälle (i e. bei Schwangerschaft, Verf.) gesehen. Der eine Fall endete ganz plötzlich. Ich hebe dies hervor, weil Wessner in seiner sehr verdienstlichen Dissertation die Plötzlichkeit der Störungen mit Unrecht in Frage zieht." Gleich daneben sagt Zweifel: „Die Prognose und Therapie ist die gleiche wie bei Herzfehlern ohne komplizierende Gravidität." Mir ist diese Schlußfolgerung resp. Inkonsequenz allerdings unverständlich.

Es ist ferner auch heute noch die Frage einer gleichsam „physiologischen" Schwangerschaftshypertrophie noch nicht gelöst, wird doch von Macdonald, Placock u. a. eine Hypertrophie des Herzens in der Schwangerschaft als beständig hingestellt, was allerdings Gynäkologen, wie Löhlein, Fritzsch u. a., bezweifeln.

Simpson hat den Fall einer Ruptur der Aorta während der Entbindung mitgeteilt. Zu vergessen ist aber dabei nicht, daß besonders die letzten Monate durch die Erhöhung des Blutdruckes, des intraabdominellen Drucks eine ganz bedeutend erhöhte Tätigkeit an die Herzmuskulatur herantritt, die für ein schwaches krankes Herz wohl zum Shok während der Geburt führen kann. Aus der Praxis möchte ich einen Fall, den ich loko. cit. S. 118 mitgeteilt, zitieren.

A. P., Kaufmannsehefrau, 31 Jahre alt, hat im Laufe der zwanziger Jahre auf unbekannter Ätiologie eine Mitralinsuffizienz und Stenose mit Dilatation und anderen Folgeerscheinungen sich zugezogen. Von Zeit zu Zeit, in Intervallen von ca. 6—10 Monaten, kommt eine Kompensationsstörung, die dem Digitalisinfus jedoch regelmäßig weicht. Mit ziemlich 30 Jahren erfolgt

3. Geburt. Beide Kinder leben. Erste Geburt ging völlig glatt von statten, 2. Gravidität zeitigte im 8. und 9. Monat infolge der mangelnden Herztätigkeit geringes Anasarca, intra partum aber, durch vorherige starke prophylaktische Digitalisdosen keine Störung der Kompensation. Zwischen dieser 2. und 3. Geburt hat das Herz jedoch bedeutend an Leistungsfähigkeit eingebüßt. Schon im 3. Monat, noch vor Beginn der Kindesbewegungen, stellten sich Kompensationsstörungen ein. Die übrigen 6 Monate waren schwere Leidensmonate für die Frau, die im 8. Monat ihren Höhepunkt in einer Weise erreichten, daß ernstlich an eine frühzeitig eingeleitete Geburt gedacht werden mußte. Digitalis wurde in außerordentlich hohen Dosen erforderlich, in letzter Zeit traten dadurch gastrische Störungen auf und das Pulver war verschossen. Die Wirkung war keine vollständige mehr (nur durch die Gravidität gesetzte Erhöhung des Blutdrucks). Die Geburt ging außerordentlich schwierig von statten, nur unter starken Coffein-, Strofantus- und Digitalisdosen war das Herz über die Geburtszeit hinwegzubringen, die Gefahr eines Shoks war während derselben naheliegend und der Mann auf die event. Folgen hingewiesen.

Man denke sich diese Situation für die kreißende Frau, die Familie derselben und den entbindenden Arzt! Und da wagen es noch Moralprediger, Ärzte u. a. unser Streben zu verdächtigen! Wozu braucht da die Welt eine medizinische Wissenschaft, welchen Zweck hat sie sonst als den, das Wohl der Menschen in Augenschein zu nehmen? Wer da noch bei Anempfehlung von fakultativer Sterilität dem Arzte „unmoralische Handlungsweise" entgegenschleudern will, ist jeglichen Mitgefühls bar.

Daß bei schwer herzkranken Frauen, besonders während der 2. Hälfte der Schwangerschaft, bisweilen sich Komplikationsstörungen einstellen, ja daß, wenn die Blutdrucksstörungen so hochgradig sind, daß Digitalis, Stronfantus etc. versagen, dann auch eine künstliche, frühzeitige Geburt hin und wieder vorgenommen werden muß, ist eine nur zu genügend bekannte Tatsache. Die Mehrzahl der Ärzte stellt sich in solchen Fällen auf den Standpunkt der Einleitung einer künstlichen Frühgeburt. Welches Vorgehen aber vom Standpunkt der Humanität, des „sittlichen" Arztes das richtigere ist, Neomalthusanismus oder event. spätere Frühgeburt, ob hier „die Praxis von anitikonzeptionellen Mitteln irgend welcher Art nur der Lüsternheit dienen soll", wie Zweifel meint, darüber überlasse ich jedem billig denkenden Leser sein Urteil!

Daß 2.) schwere Lungenleiden, vorgeschrittenere Lungentuberkulose, Lungengangrän, Lungenempyeme, eitrige Pleuritiden, eine unbedingte „Indicatio causalis" für N. darstellen, ist ganz von selbst einleuchtend. Ob tuberkulöse Mädchen gravid werden sollen oder — in die soziale

Frage umgewandelt — heiraten sollen, ist ja noch sehr viel umstritten. Wenn Kirchner auf dem internationalen Kongresse zur Bekämpfung der Tuberkulose (Bericht von 1894) das Schlagwort geprägt hat, daß jeder, der dazu berechtigt und mächtig ist, die Eheschließung eines Tuberkulösen verhindern soll, so ist dies von seinem hygienischen Standpunkt aus sehr lobenswert, aber in die Praxis nicht umsetzbar, denn ich weise nur auf Naegelis Arbeit (Virchows Archiv, Band 160) hin, der im Züricher pathologischen Institut fand, daß zwischen 14. und 18. Lebensjahre die Hälfte aller Leichen tuberculös, zwischen 18. bis 30. Lebensjahr fast jede Leiche tuberkulös war, und bei $^3/_4$ noch bestehende, bei $^1/_4$ ausgeheilte Tuberkulose fand. Wer soll da überhaupt noch heiraten? — Die Anschauungen aus meiner Studienzeit, daß jeder 3. Mensch Tuberkulose habe und jeder 7. Mensch daran sterbe, dürften auch heute noch Geltung haben.

Ich will nicht auf meine diesbezügliche Stellung zum N. eingehen, meine aber, daß auch bei Lungenleiden von Fall zu Fall unterschieden werden muß, ob Praeventivverkehr stattfinden soll oder nicht. Der Status der Tuberkulose der Frau bildet die Entscheidung ob pro oder contra N. Wenn der Prozess noch nicht weit vorgeschritten ist, die Patientin noch im I. oder höchstens beginnenden II. Stadium sich befindet, wenn noch keine Cavernen sich gebildet haben, der Kräftezustand und die Widerstandsfähigkeit der Patientin gute, der Auswurf noch keine Bazillen hat und besonders gute soziale Verhältnisse vorhanden sind, halte ich den N. nicht für notwendig. Es muß dem Fein- und Taktgefühl des Arztes dies überlassen bleiben, denn gar verschiedene, nicht einzeln hier aufzuzählende Momente können da mitsprechen. Wenn aber die Erkrankung hochgradig fortgeschritten ist, Cavernen, Haemoptoën, Fieber, tuberkulöse Pleuritiden, schlechte Ernährungszustände, schlechte soziale Verhältnisse vorliegen, dann ist m. E. es dem Arzte nicht nur erlaubt, sondern es ist sogar Pflicht desselben, strengsten N. anzuempfehlen.

Die Wichtigkeit des N. möge auch hier ein Fall e praxi erhärten:

Eine Tischlersehefrau, 33 Jahre alt, mit hochgradigem beiderseitigen tuberkulösen Lungenkatarrh, Nachtschweißen, jedoch noch ohne Fieber und mit relativ günstigem Kräftezustand, Mutter von 5 Kindern, übt seit einigen Jahren auf mein Anraten hin ehelichen Präventivverkehr mittelst Mensingaschem Occlusivpessar. Auf Anraten einer guten Freundin, weil der Stahlfederring krank mache und das Zephirpessar sicherer sei, entfernte sie das Mensingapessar und benutzt letzteres. Eines Tages kommt Pat. zu mir mit der Angabe des Ausbleibens der Menses zum zweiten Male. Eine innere Unter-

suchung ergibt Gravidität im 2. bis 3. Monat, gleichzeitig aber vollkommen gute Lage des Pessars. Die Herausnahme desselben zeigt jedoch, daß das Häutchen zerrissen. Zerknirscht verließ die Frau mein Sprechzimmer. Ich konnte ihr nicht helfen, gab ihr jedoch einen anamnestischen Bericht an die geburtshilfliche Leipziger Klinik mit der Bitte um Begutachtung des Allgemeinzustandes, und — falls notwendig — Einleitung einer künstl. Frühgeburt. Nach mehreren Tagen wurde Pat. wieder entlassen ohne Vornahme einer solchen. Die ersten Monate verliefen, abgesehen von vielem Erbrechen und Abmagerung, relativ gut. Die Frau trug ihr Kind aus, jedoch in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft stellte sich starkes Fieber ein, starke Schwäche, rapides Fortschreiten des Lungenprozesses. Geburt verläuft gut. Resultat: Ein außerordentlich elendes, allgemein tuberkulöses Kind, das nach mehreren Wochen stirbt. Die Frau verfällt 6 Wochen „post partum" einer floriden, galoppierenden Miliartuberkulose und folgt ihrem Kinde nach im Tode. Obgleich ich keinen Beweis habe, daß die Mutter bei nicht eintretender Schwangerschaft einige Jahre noch gelebt hätte, war doch der persönliche Eindruck der, daß die wieder eingetretene Schwangerschaft eine hochgradige Beschleunigung des Lungenprozesses herbeigeführt hatte.

Derartige Fälle, wie vorliegender, könnte wohl jeder erfahrene Praktiker zu Dutzenden anführen.

In genanntem Falle spielt das Drama noch weiter. Zirka $^1/_4$ Jahre nach dem Tode der Frau kommt der Mann zu mir mit einer akuten Gonorrhoe, die heute noch nicht ausgeheilt ist, weil Patient sich längerer Behandlung entzog. Er steht jetzt, mit der nicht ausgeheilten Gonorrhoe — 1 Jahr zirka nach dem Tode der ersten Frau — vor der Wiederverehelichung, die mit einer sicheren gonorrh. Infektion der zweiten Frau mit all ihren Folgen beginnen wird.

Solche Fälle erinnern mich so recht an die Mensinga'schen Worte: „Ist es human, einem schwachen Menschen helfen zu können und es nicht zu tun?" Ist es human, zu sagen: „Du hast auf meine Worte nicht gehört, zur Strafe lasse ich Dich jetzt sterben!" Ist das menschlich, ist das barmherzig? Ist diese medizinische Wissenschaft wirklich soweit entfernt von den anerkannten Lehren und dem Beispiel des Propheten von Nazareth??"

Daß unsere Anschauungen sich mehr und mehr Bahn brechen, dafür nur ein Beweis. Kaminer in „Krankheiten und Ehe" II, S. 277, dessen daselbst niedergelegte Anschauungen ich keineswegs in allen Punkten teile, sagt: „Wenn man die Gefahren, welche eine Tuberkulöse läuft, wenn sie schwanger wird, die engen Indikationsgrenzen der Einleitung des künstlichen Aborts und die Tatsache berücksichtigt, daß man von der Operation in vielen Fällen zwar Erfolg erwarten, niemals je aber mit Sicherheit wird voraussagen können, so wird man als eine hauptsächlichste Pflicht des Arztes seine Bestrebungen bezeichnen müssen, die Konception tuberkulöser Frauen mit

Hilfe aller der Wissenschaft zu gebote stehenden Hilfsmitteln zu verhindern."

Daß 3.) Diabetes mellitus in seinen schweren Formen ebenfalls eine Indikation zur fakultativen Sterilität sein kann, erhellt schon aus dem Grunde, daß gerade im Zeugungsalter (bis ca. 45. Lebensjahre bei der Frau) ein Diabetes eine weit schwerwiegendere Erkrankung ist, als im späteren Lebensalter. Die Schwangerschaft bildet ja bisweilen ein Moment für die Zuckerausscheidung (vide „Glycosuria gravidarum!") bei sonst von Zucker völlig freien Frauen. Jedenfalls aber hat eine Schwangerschaft beim Diabetes gravis, d. h. bei denjenigen Formen, deren Zuckerausscheidung mehrere % beträgt, immer einen höchst ungünstigen Einfluß. Zeigt sich also in der Ehe bei der Frau nicht nur vorübergehend, sondern ständig Zuckergehalt, so trage ich kein Bedenken, selbst bei geringem Zuckergehalt, N. anzuraten, umsomehr, als die Erfahrung gezeigt hat, daß milde Formen von Diabetes durch Schwangerschaft und das event. daran sich anschließende Stillen in schwere Formen übergehen können. Keinesfalls aber dürfte man soweit gehen, wie es geschieht, Mädchen in mittleren Lebensjahren wegen dieser Gefahr vom Eingehen der Ehe abzuraten. Eine neomalthusianische Ehe dürfte hier, im beiderseitigen Interesse, das richtigste sein, natürlich eine streng durchgeführte. Muß man doch hierbei berücksichtigen, daß auch bei der Frau der Diabetes, wenn auch keine Impotenz wie beim Manne, so doch oft eine Schwächung der Libido sexualis mit sich bringt.

Auch Haemophilie von Seiten der Mutter — allerdings ist dieselbe weiblicherseits recht selten — erfordert selbstverständlich N., da sie ja eo ipso Verblutung intra partum herbeiführen würde.

Daß 4.) hochgradige Beckenverengerungen, sogenannte absolute Kaiserschnittbecken (d. h. solche unter 7 resp. 6 cm Conj. vera) auch eine absolute Indikation für N. bilden, sollte man eigentlich von vornherein annehmen. Jedoch ist dies nicht der Fall, und kann auch, wie ich selbst zugebe, nicht immer der Fall sein, weil hier nicht eine Krankheit sensu stricto vorliegt, auf welche die Graviditât irgendwelchen Einfluß haben könnte, denn selbst das engste Becken hat für die Mutter wie das Kind selbst solange keine Bedeutung, als die Geburt noch nicht begonnen. Erst mit diesem Momente beginnen die Schwierigkeiten, die jedoch durch den Kaiserschnitt (resp. bei totem Kind durch die Perforation) Abhilfe erfahren können. Beckenverengungen sind daher nur bedingte Indikation für den N.

Die Bestimmung, was hier eintreten soll, hat — nach Aufklärung der Sachlage — nicht der Arzt, sondern das Ehepaar zu treffen. Liegt der dringende Wunsch seitens desselben vor, einen Nachkommen zu haben, so ist vom Praeventivverkehr abzusehen und beim Beginn der Geburt behufs Kaiserschnitt die Frau einer geburtshilflichen Klinik zu überweisen.

„Meines Erachtens würde hier beim ersten resp. zweiten Kinde der Kaiserschnitt das einzig richtige sein; zur Verhütung weiterer Graviditäten ist, besonders bei schwächlichen Frauen, die fakultative Sterilität den Ehelenten wenigstens vorzuschlagen. Keineswegs darf man aber soweit gehen, sechsmal (!) an einer Frau den Kaiserschnitt vorzunehmen, an dem sie schließlich zu Grunde ging. (Archiv für Gynaekol. 1885), oder wegen Gebärunmöglichkeit den künstlichen Abort einmal, aber nicht zweimal (Arch. für Gyn. XVIII, 2) vorzunehmen. Mensinga bemerkt hierzu richtig: „Hat sich der Arzt wohl jemals die Hilflosigkeit und Trostlosigkeit solchen Daseins klar gemacht? Gereicht es ihm zum Ruhme, dieser ewigen Folter bis zum schmählichen Ende nicht rechtzeitig abgeholfen, resp. rechtzeitig vorgebeugt zu haben?“ (Rohleder, loc cit S. 120).

5.) Chronische Nierenleiden rufen bei der Frau während der Schwangerschaft ungefähr dieselben Erscheinungen hervor, wie schwere Herzleiden. Beide schaffen Zirkulationsstörungen durch bedeutende Blutdruckserhöhung, beide können lebensbedrohliche, ja selbst tötliche Kompensationsstörungen hervorrufen. Durch ungenügende Tätigkeit der Nieren stellen sich Oedeme ein, welche ihrerseits wieder die Herztätigkeit stören und eine Inkompensation derselben hervorrufen hönnen. Es könnte hier nur die Frage aufgeworfen werden, bei welchen Graden von Nephritis fakultative Sterilität anzuraten sei. Ich bin der Ansicht, daß dies nicht allein von einem gewissen Eiweißgehalt abhängig zu machen sei, sondern von dem allgemeinen Kräftezustand der Frau, von der Beschaffenheit des Herzens, besonders der Herzmuskulatur. Es ist dies von Fall zu Fall zu bestimmen, jedenfalls aber ist Praeventivverkehr anzuraten, wenn nicht allein Albumen, sondern auch Zylinder, Epithelien etc. im Urin gefunden werden, und jedenfalls darf man hier nicht zu ängstlich in der Bestimmmung des Zeitpunktes sein. Lieber zu früh als zu spät hierzu raten, denn man darf nicht vergessen, daß 1. jede Schwangerschaft durch irgendwelche, noch unbestimmte Toxine und Noxen einen schädlichen Einfluß auf die Nieren auszuüben vermag (vide: die bekannte Schwangerschaftsnephritis) und vielleicht oft auch

ausübt, der vielleicht blos deswegen nicht bekannt ist, weil bei den meisten Schwangeren nicht auf Eiweiß untersucht wird, und die bekannte Fehlingsche Angabe, daß 5 % aller Graviden an Schwangerschaftsnephritis leiden, ist zum mindesten nicht zu hoch gegriffen, daß 2. eine Schwangerschaftsnephritis bisweilen, wie schon beobachtet, in eine chronische Nephritis übergegangen ist, daß 3. eine chronische Nephritis in graviditate zu einer Eklampsie ante resp. intra partum disponieren kann. Gibt es doch Autoren, wie Fehling, die eine zu einer chronischen Nephritis tretende Gravidität für viel bedeutungsvoller halten, als eine zu einem Vitium cordis tretende, ein Ausspruch, der m. E. im allgemeinen nicht gefällt werden kann.

Auf Nierentuberkulose, Nierentumoren etc. als Indikation für fakultative Sterilität will ich hier, als zu selten für die allgemeine Praxis, nicht eingehen.

6.) Sexuelle Erkrankungen, besonders Syphilis als Indikation für fakultative Sterilität.

Noch vor einigen Jahren stand ich auf dem Standpunkt, daß hier nicht fakultative Sterilität, sondern eine kräftige antisyphilitische Kur anzuraten sei, heute jedoch stelle ich mich auf Mensinga's Seite, der bei Syphilis der fakultativen Sterilität das Wort — redet und zwar einer vorübergehenden — und zwa rdann, wenn eine Infektion der Frau durch den Mann noch nicht stattgefunden, aus folgenden Gründen: Es ist bisweilen, (wenn auch leider meist nicht) möglich, eine Infektion der Frau durch den Praeventivverkehr mittels Condom (nicht Occlusivpessar, wie Mensinga will) zu verhüten, denn bisweilen kommt dem Arzte ein „Ulcus durum" zur Behandlung, wobei in der Zeit von der (extramatrimoniellen) Ansteckung bis zum Ausbruch des Ulcus kein sexueller Verkehr mit der Gattin stattgefunden, wenn auch dies zu den selteneren Fällen gehört. Bekanntlich ist die vielumstrittene Frage, ob ein mit Lues Infizierter heiraten darf oder, was für uns dasselbe sagen will, normalen Sexualverkehr ausüben darf, von den Autoren dahin beantwortet worden, daß nach gründlichster Behandlung mindestens 4 Jahre verflossen und die letzten beiden mindestens recidivfrei gewesen sind. Wir Alle wissen jedoch, daß diese Leute, wenn noch unverheiratet, dem Verkehr solange nicht entsagen, und wenn verheiratet, dem intramatrimoniellen Verkehr nicht entsagen, oder — dem extramatrimoniellen sich zuwenden. Hier dürfte — 1., um den Patient ennicht auf Abwege gleiten zu lassen und 2., um die Gattin nicht in der Sekundärperiode zu infizieren —, d. h. nach Abheilung des Ulcus durum,

Praeventivverkehr mit Condom anzuraten sein. Ist die Frau jedoch schon inflziert, ist meist Neomalthusianismus überflüssig.

Daß auch die anderen geschlechtlichen Erkrankungen, wie Ulcus molle, Gonorrhoea acuta Paeventivverkehr im Interesse des anderen Teiles erfordern, ist selbstverständlich. Natürlich wird jeder Arzt nach Möglichkeit während dieser Erkrankungen überhaupt sexuellen Verkehr verbieten. Andererseits wird aber jeder Arzt auch wissen, daß in dieser Zeit das ärztliche Verbot nicht immer eingehalten wird. Ich selbst habe z. Z. einen akut. Gonorrhoepatienten von ca. 34 Jahren in Behandlung, der mein Gebot nicht befolgte und jetzt erst, nach Infektion eines Mädchens, nachdem ich die Libido des Kranken genau beurtellen kann, habe ich ihm strikt, wenn überhaupt, nur Coitus condomatus erlaubt. Ob er's halten wird?

Wie aber verhält es sich mit dem chronischen Tripper? Ich brauche nicht näher einzugehen auf die Statistik. Neißer hat zur Genüge gezeigt, daß unter den sogen. chronischen Tripperfällen es sowohl infektiöse wie nicht infektiöse Patienten gibt und daß weder das subjektive Befinden, noch sogar der klinische Befund entscheiden können, ob noch Infektiosität vorliegt oder nicht, sondern einzig und allein der mikroskopische Befund. Der Arzt hat demnach die Verpflichtung, dem chronisch Tripperkranken so lange als möglich Abstinenz anzuraten und wenn Patient dies verweigert, nur den Praeventivverkehr mittels Condom zu gestatten, so lange als noch Gonokokken nachweisbar sind.

(Fortsetzung folgt.)

Über die Folgen der Onanie.

Von Dr. **Moritz Porosz-Budapest.**

Obgleich es kaum Jemanden gibt, der nicht in seinen Jugendjahren der Sünde der Selbstbefleckung gehuldigt hätte, sind doch ihre von Vielen in düsteren Farben geschilderten Folgen nicht so häufig. Selbstredend waren jene, die diese Anomalie nicht lange und nicht in starkem Maße betrieben haben, den schädlichen Einflüssen nicht so sehr ausgesetzt, namentlich dann nicht, wenn sie nachher ein regelmäßiges sexuelles Leben beginnen und es regelmäßig fortsetzen konnten. Leider sind es viele, die mit der begonnenen Onanie nur deshalb fortfahren, weil sie kein regelmäßiges sexuelles Leben

führen konnten. Sie konnten es nicht wegen der fehlenden Nebenumstände oder sie konnten es nicht, weil der Beginn des Coitus auf eine Zeit fiel, in der sein Verlauf schon Störungen gezeigt hat.

Schon die Ärzte im Altertum waren der Ansicht, daß die Onanie auf das Rückenmark einen schädlichen Einfluß ausübt. In neuerer Zeit gibt es schon Mehrere, die die Ursache der Geisteskrankheiten der vorangehenden Onanie zuschreiben.

Beide Auffassungen sind irrig. Dafür gibt es keine allgemeine Regel. Aber auch dafür nicht, daß sie auch die körperliche Entwicklung gehemmt hätte.

Ich selbst, der ich oft Gelegenheit habe, die Folgen der Onanie zu behandeln, habe oft die Erfahrung gemacht, daß Einzelne trotz des weitgehenden Abusus nicht jene bekannten Folgen zeigen, die ich schon erwähnt habe.

Es hängt, wie es scheint, von einer gewissen Disposition ab, wie und in welcher Richtung sich diese schädlichen Einflüsse geltend machen. Die direkte Folge der Onanie sind Pollutionen, denen nach längerem Bestand die Defäkationsspermatorrhoe folgt. Manchmal bleibt das Stadium der Pollutionen ganz aus. Und gleichzeitig damit nehmen die Patienten beim Coitus die rasche Ejaculation wahr und schließlich bei geschwächter Erectionsfähigkeit die Impotenz.

Mit der abnehmenden Potenz tritt das gesteigerte Wollustgefühl auf und mit der mangelhaft verlaufenden Coitusfähigkeit nimmt nach Beendigung des Coitus das Gefühl des Befriedigtseins ab. Sehr oft ist ein nicht beachtetes Symptom auch das häufige Urinieren.

Der allgemeine Name dieser in großen Zügen skizzierten Symptomengruppe ist die sexuelle Neurasthenie. Die Neurasthenie, welche sehr oft diese Symptome begleitet, ist zu einem herrschenden Begriffe geworden, und auch dann, wenn die eigentliche Neurasthenie fehlt, werden die aufgezählten Symptome als ihre Zeichen angesehen.

Diese Symptome kommen in derselben Reihenfolge, in derselben Gruppierung, in demselben Maße auch nach Mißbräuchen vor, welche nicht durch die Onanie, sondern durch die Abusus des normalen Coitus zur Entwicklung gelangt sind. Deshalb sehe ich nicht in der Onanie, sondern im Abusus die Ursache der Folgen. Veränderungen sehe ich weder im Gehirn, noch im Rückenmark, sondern ich finde sie in der Tätigkeit der Prostatamuskulatur und deshalb gab ich dieser Symptomengruppe den Namen: Atonia prostatae. Wie der Patient diese Erscheinungen auffasst, welche Folgerungen er von der-

artigen Erfahrungen zieht, hängt immer vom Individuum ab. Es hängt davon ab, ob er zur Zeit ermutigend getröstet worden ist, ob er die Weisung bekommen hat, was er zu tun oder was er zu unterlassen habe, oder ob ihm Schrecken eingeflößt worden ist, sei es mündlich oder durch die Lektüre von Büchern.

Nur eines dieser Symptome beherrscht oft bei der Onanie die übrigen, und dieses ist das gesteigerte Wollustgefühl. Tritt es bei natürlichem sexuellen Leben auf, so werden ihm durch die Möglichkeit der Vornahme eines Coitus Grenzen gesteckt.

Bei den Onanisten ist diese Grenze viel entfernter, denn sie brauchen kein anderes Individuum. Die nötige Einsamkeit finden sie leicht, wenn nicht anderwärts, so in diskreten Lokalen und abends im Bette. Diese Plätze können, ohne gesucht werden zu müssen, gefunden werden, und die sich daran knüpfenden Erinnerungen tragen dazu bei, daß die Aufmerksamkeit auf die ohnehin gesteigerte Libido gelenkt wird. Die erweckte und durch die Phantasie auch unwillkürlich gesteigerte Libido führt einen starken Kampf mit dem Willen, der besiegt die Gemütsruhe des Patienten mit sich reißt und sein seelisches Gleichgewicht stört. Die Selbstanklage lastet, von dem Gewissen niedergedrückt, auf dem ganzen Wesen des Patienten.

Mit folgendem Fall möge dies näher beleuchtet werden:

Ein 22jähriger Techniker kam mit dem verzweifelten und aufrichtigen Geständnis zu mir, er könne sich von der Onanie nicht lossagen. Im Alter von elf Jahren lernte er dieses Verfahren von seinen älteren Spielgenossen. Er betrieb es mehreremal täglich, später machte er Pausen von höchstens 6—8 Tagen. Mit großer Anstrengung war er imstande, sich zu überwinden, daß er seit $^3/_4$ Jahren nur jeden 3. oder 4. Tag onanierte. Im Alter von achtzehn Jahren machte er den ersten Coitusversuch, der aber in Ermangelung einer Erektion fehlschlug. Am nächsten Tage ist er doch „bei Inanspruchnahme der Phantasie kläglich gelungen". Seither nahm er zweiwöchentlich, später wöchentlich einen Coitus vor. Der Verlauf des Coitus war verschieden. Oft wollte keine Erektion auftreten, machmal stellte sie sich rasch ein, aber nach maximum 8 Friktionen kam die Ejakulation. Das Wollustgefühl ist minimal, die Ejakulation geht auf einmal, nicht stoßweise, vor sich. Die Libido ist gesteigert, die „kaum sichtbaren weiblichen Wadeln" bringen ihn in Erregung. Defäkationsausfluß nahm er nicht wahr, aber in dem nach dem Stuhlgang aufgefangenen Urin waren unter dem Mikroskop Spermatozoen sichtbar. Pollutionen hatte er nur

selten, Blennorrhoe hatte er vor sieben Jahren, die aber ohne Komplikationen verlaufen ist. Er uriniert täglich 8—10 mal, in der Nacht 1—2 mal. Das Urinieren endet tröpfelnd. Die Prostata ist klein und weich. Er ist ein bleicher, tief dreinblickender, schlanker, muskulöser, aber nicht fetter junger Mann. Er zeigt im Allgemeinen nicht die Zurückgebliebenheit seiner körperlichen Entwicklung.

Seine darauf bezüglichen Bemerkungen sind nur subjektiven Ursprungs. Daß sie auf andere keinen ähnlichen Eindruck machen, ist daraus ersichtlich, daß er als Soldat eingereiht worden ist. Zur Zeit kommt er seiner Militärpflicht nach. Seine geistigen Fähigkeiten zeigen keinerlei Abnormität. Er ist vielmehr ein sehr vernünftiger, fleißiger und talentierter Mensch. Seine Prüfungen legte er mit ausgezeichnetem Erfolge ab und löste mehrere schwierige Fachprobleme selbständig. Bei seiner geistigen und körperlichen Intaktheit ist seine Gemütsruhe gestört. Er litt an Neurasthenie, in welche seine eigene Schilderung, die er bei Beginn der Behandlung zu Papier brachte, Klarheit bringt: „Ich fühlte einen Ekel gegen mich selbst, wegen meiner elenden, unüberwindlichen Leidenschaft. Die größte seelische Energie mußte ich in Anspruch nehmen, um diese häßliche Sünde ein oder zweimal unterlassen zu können . . . War ich allein, so machte ich mir darüber große Vorwürfe. Manchmal erfaßte mich die Wut und Verzweiflung, so daß ich mich selbst ohrfeigte und mein Haar raufte. In den Abendstunden fühlte ich mich am elendsten. Beim Anblicke des Bettes erfaßte mich plötzlich eine höllische Furcht, weshalb ich mich, um „diese Geschichte" zu vermeiden, spät zu Bett legte. Bis 12 Uhr nach Mitternacht las oder lernte ich, bis ich müde war. Dann fühlte ich Libido, die sich bis zum Maximum steigerte. Ich fing an zu zittern. Mein Athem stockte und ich warf mit wahnsinniger Eile die Kleider ab, ich löschte die Lampe aus und legte mich nieder. Ich fühlte einen Druck im Kopfe, ich verlor das Bewußtsein und, ohne an die Schädlichkeit zu denken, beging ich, sozusagen in Apathie, die „Sünde". Die Ejakulation hielt ich, solange es ging, auf, in der Hoffnung, daß ich indessen einschlafe. Dieser Fall trat aber niemals ein. Während des Prozesses suchte ich passende Bilder. Nacheinander erschienen die Bilder der Medien vor meinen geistigen Augen. In meinen früheren Jahren befaßte ich mich mit häßlichen, geschmacklosen Gestalten, später suchte ich mir junge, unschuldige Geschöpfe vorzutäuschen". (Diese Bilder sah er in der Tat auf der Wand)". Endlich stellte sich das Wollustgefühl ein. Einen Augenblick heuchelte ich mir Ruhe vor.

Nachher fühlte ich einen Seelenschmerz, den eine Feder niederzuschreiben nicht vermag.

Ich warf meine Decke fort, begrub meinen Kopf in die Kopfkissen und weinte bittere Thränen. Die brachten mir ein wenig Ruhe. Später erfaßte mich die erbittertste Wut. Schluchzend riß ich alle Knöpfe von der Decke und den Kissen. Ich sprang einige Male vom Bett herunter, und zertrümmerte Alles, was mir in die Hände kam. Einmal war es eine wertvolle Vase, ein anderes Mal ein großer Spiegel. Einmal setzte ich mich zum Klavier und spielte um 2—3 Uhr nach Mitternacht die melancholischesten Lieder. Voller Entsetzen legte ich mich dann nieder und glaubte, ich wäre wahnsinnig geworden. In diesem Zustande hielt ich die Gedanken, die mich überraschten, für berechtigt. Mehr als einmal schien es mir, als wenn sich die Thüre geöffnet hätte und ein grauer Ritter in voller Rüstung eingetreten wäre. Er triefte von Blut. Ich bat ihn inständigst, er möge mich entzweischneiden, aber er nickte verneinend. Mit den Worten: „Weil du ein Elender bist und keine Seelenkraft hast, leide!“ verschwand er. Ich hegte aber doch bessere Hoffnungen und faßte den Entschluß, es nicht mehr zu tun. Von der Ansicht geleitet, daß an der Tatsache nichts geändert wird, wenn ich noch einmal diese Sünde begangen habe, fuhr ich damit noch lange Jahre fort, ohne daß sich mein Zustand geändert hätte. Ich war von der Schlaflosigkeit sehr geplagt. Meine einzige Hoffnung war die, daß der Arzt hier Abhilfe schaffen könne, aber ich hatte keinen Mut, einen aufzusuchen. Unzählige Male war ich auf dem Wege zu einem Arzte, aber am Tore angelangt, machte ich kehrt. Schließlich bannte ich alle meine Gedanken, ich sah und hörte nicht, und bin sozusagen automatisch in den Ordinationssaal eines Arztes getreten. Alles war mir lästig, alles ekelte mich an. (Eltern und Verwandte hatte er nicht lieb). Nur der Wissendrang hielt mich aufrecht. Ist mir ein wünschenswertes Buch in die Hände gekommen, weinte ich vor Freude. Bange Gefühle erfaßten mich, so oft ich an meine Zukunft dachte. In einem drückenden Gemütszustande trank ich, ohne viel Federlesens zu machen, eine Cyankalilösung, aber ganz erfolglos. Die Lösung war nämlich schlecht. Später las ich einmal in einem Lexikon, daß es nicht so arg ist, wie ich es bisher geglaubt habe. Von dieser Zeit an war ich ruhiger und nahm diese „Abscheulichkeit“ mit weniger Furcht vor . . . (Er hatte zu den Medikamenten und zur kräftigen Nahrung großes Vertrauen und glaubte so den „Stoffverlust ersetzen zu können; er nahm Pep-

ton, Eisen, Arsen, Brom etc. ein). Ich nahm aber keine Veränderung an mir wahr.

Ich bin ein Feind der Menschen, ein Hasser der Frauen geworden. Ich hielt jeden Menschen für meinen Feind. Eine gut gekleidete Frau erweckte Haß in mir . . . Abends zog ich Frauenkleider an, stellte mich vor den Spiegel und machte die tagsüber beobachteten Frauen lächerlich . . . Zu Hause war ich der schauerlichste Mensch, in Gesellschaft dagegen sehr lustig, wenn auch die Übrigen ernst sind. Aber bald darauf setzte ich mich mit gerunzelter Stirne in einen Winkel nieder, weil es mir eingefallen war, daß ich mich bald niederlege. Dieses Benehmen war meinen Bekannten nicht neu. Sie schickten mich nach Hause, denn sie sagten, ich habe einen „Rappel" bekommen. In solchen Fällen war ich wieder empört und wollte mit aller Gewalt zeigen, daß ich keinen Rappel habe. Ich setzte mich nieder und studierte bis 4 Uhr Morgens . . . Ich war eingebildet und liebte Niemanden, nur die kleinen Kinder, deren Unwissenheit und Aufrichtigkeit mir unendlich gefiel. Ich fand nicht in ihnen, was Selbstsucht verraten könnte. Wer mir wohlwollend entgegen kam, den betete ich an. Ich opferte ihm Geld und Zeit. Mit einem schlecht gekleideten Kollegen tauschte ich gute Kleider. Überdies hat sich mit mir noch vieles ereignet, aber das lasse ich weg".

Aus obigen Zeilen ist ersichtlich, wie sein Gemütszustand beschaffen war. Seine Verzweiflung, seine Selbstqualen waren dem Umstande zuzuschreiben, daß er seinen Zustand überschätzte. Hallucinationen, Verfolgungswahn ect. verraten diese Zeilen. Und die Ursache dieses Zustandes war nichts Anderes, als gesteigerte Libido. Auf die Mäßigung derselben war die Behandlung gerichtet. Ich elektrisierte die atonische Prostata, worauf er immer weniger urinierte. Später urinierte er 4mal täglich. Der Verlauf des allwöchentlich vorgenommenen Coitus war länger, es waren 10—15—20, sogar ausnahmsweise 35 Friktionen notwendig. Die Erektionen waren besser, das seelische Gleichgewicht war bald hergestellt. Er fühlte ein wohltuendes Gefühl in den Geschlechtsorganen. Der Anblick von Frauen brachte ihn nicht in Erregung, er blieb sogar „nach einem erfolglosen Sturm" ruhig. Er schläft gut und schläft bald ein. Böse Gedanken plagen ihn nicht und er befaßt sich nicht mit seinem Leiden und nicht mit sich selbst. Seine Bekannten und Angehörigen nehmen wahr, daß er sich ganz verändert hat.

Seit Beginn der Behandlung onanierte er nicht, anfangs stellte sich

wohl Libido ein, aber ich munterte ihn auf, daß es, wenn er auch 1—2 mal noch onanieren sollte, keine schweren Folgen nach sich ziehe. Wie es scheint, hat er die kleine Libido überwinden können. Sechs Wochen lang behandelte ich ihn täglich, später seltener. Medikamente bekam er nicht. Im Sommer besuchte er die Schwimmschule. Seit einem Jahre fühlt er sich ganz wohl.

Sein Leiden war hochgradige Neurasthenie, die wegen der erwähnten Symptome als sexuell bezeichnet worden ist.

Die Onanie verursachte bei ihm keinerlei Veränderungen, weder am Körper, noch im Geiste, noch im Gehirne, noch im Rückenmark. Es war nur eine gestörte Gemütsstimmung vorhanden. Eine Veränderung war nur in der Prostata nachzuweisen, nach deren Heilung alle Symptome verschwunden sind. (Fortsetzung folgt.)

Eine Weihnachtsfeier im größten Dirnenkrankenhause Deutschlands.

Zugleich ein Beitrag zur Psychologie der Prostituierten.

Von Dr. med. **Wilhelm Hammer-Berlin.**

Die genaue Erforschung des Seelenlebens der Prostituierten gehört zu den Grenz-Aufgaben der Psychiatrie und der Dermatologie. Bietet doch eine genaue Kenntnis der Dirnenseele eine der Grundlagen, von denen wir ausgehen können, um einen festen Boden zu gewinnen zur Entscheidung der Frage: Sind Prostituierte geistig krank, sind sie Verbrecherinnen oder sind sie nützliche Mitglieder der menschlichen Gesellschaft? Die Beantwortung dieser Grundfrage dürfte dann möglich sein, wenn wir die Prostituierten in den verschiedensten Lebenslagen beobachten, bei Ausübung ihres Gewerbes, im Krankenhaus, im Gefängnis — im Getriebe des Alltagslebens und beim Feiern der Feste. Erst, wenn wir verschiedene Aufnahmen haben, können wir den Versuch wagen, eine Gesamtschilderung des Seelenlebens dieser Menschenklasse zu geben. In diesem Sinne hoffe ich einen Beitrag zu Psychologie der Prostituierten zu liefern, wenn ich Wahrnehmungen schildere, die ich als Arzt der größten deutschen Dirnenstation an einem der letzten Weihnachtsabende zu machen Gelegenheit hatte.

Schon Wochen lang vor dem heiligen Abend richteten viele der

Mädchen an mich die bange Frage, ob sie bald geheilt seien, bald auf Freiheit kämen, ob sie wenigstens den Weihnachtsabend außerhalb des Zwangskrankenhauses verleben könnten. Alle Mädchen, die irgend als geheilt oder wenigstens als nicht ansteckend gelten konnten, wurden dann auch entlassen. Über hundert Mädchen jedoch mußten nach den strengen Bestimmungen, die in diesen Krankenhäusern gelten, zurückbleiben. Manche, die noch gehofft hatte, entlassen zu werden, brach daher bei der Untersuchung am Morgen des 24. Dezember in bittre Tränen aus. Doch bald gewann eine heitere Lebensauffassung die Oberhand und man konnte eine große Anzahl fleißig arbeitender Mädchen sehen, die die Wärterinnen im Putzen und Scheuern, im Reinigen und Säubern unterstützten. Neben den gewohnheitsmäßigen Arbeiterinnen, jenen fleißigen Mädchen, die vom ersten Tag ihrer Einlieferung an, bis zum Tage ihrer Entlassung ununterbrochen angestrengt arbeiten, waren weniger geübte, zartere Hände zu sehen, die wenigstens kurz vor Weihnachten guten Willen bewiesen. Die Abendvisite der Ärzte fand an diesem Tage schon um 3 Uhr nachmittags statt.

Es wurden nur zwei neue Kranke aufgenommen. Eine 52 jährige Frau, die erst vor 2 Tagen als nicht mehr ansteckungsfähig entlassen war wurde von der Sittenpolizei wieder eingeliefert. Seit zwei Jahren befand sie sich in der gleichen Lage. Immer, wenn sie entlassen wurde, wurde sie sofort wieder eingeliefert, weil sie eine kleine granulierende Wundfläche an der Innenfläche der kleinen Schamlippe hatte, die nicht mehr heilte. Bei der schwächlichen abgemagerten Gestalt, den runzligen Gesichtszügen, der schmutzig verfärbten Haut war ein Männerverkehr wohl ausgeschlossen. Doch wurde sie immer wieder sofort nach ihrer Entlassung von der Sittenpolizei eingeliefert, die getreu nach ihrem Schema handelte. Eine Ueberweisung nach dem Siechenhaus, die der alten Frau längst angeboten war, lehnte sie standhaft ab. Als zweite hatte die Sittenpolizei ein sechzehnjähriges Dienstmädchen eingeliefert, die alleinstehend in der Reichshauptstadt sich eine leichte Erkrankung zugezogen hatte (Fluor purulentus e vagina).

Nach Erledigung der Aufnahmen entfernten sich die Ärzte bis auf den diensttuenden Arzt. Die Wärterinnen schmückten die Bäume; auf allen vier Stationen des Frauenkrankenhauses wurde ein 2 m hoher Weihnachtsbaum reichlich mit Lichtern und Papierschmuck ausgeputzt. Die Mädchen wurden nach einem großen Saale im II. Stockwerke geführt und etwa um $^1/_2$ 6 Uhr trat der Anstaltsgeistliche ein. Mit ihm

zugleich betraten der Inspektor der Anstalt und einige Magistratsmitglieder den Saal. Der Vorsitzende des Obdachkuratoriums war persönlich erschienen. In der Nähe der Türen standen die Pflegerinnen in ihren kleidsamen Waschkleidern. Auch nahe den Weihnachtsbäumen, die sich leicht entzünden konnten, hatten einige Platz genommen. Vorne dicht in der Nähe des Geistlichen saßen die Freiwilligen, geschlechtskranke Mädchen, die von der Krankenkasse oder Armendirektion oder auf eigene Meldung hin in das Krankenhaus gekommen waren. In den mittleren Reihen befanden sich die von der Sittenpolizei eingelieferten Kontrollmädchen. Ganz hinten endlich waren die Fürsorgezöglinge untergebracht, jugendliche Gestalten im Alter von 14 bis 21 Jahren, die neuerdings zur weiteren „Erziehung" auf zwei bis sechs Jahre eingesperrt werden, wenn ihr Blut etwas stürmisch durch die Adern rollte. Beim Eintreten des Geistlichen verstummte die bis dahin lebhafte Unterhaltung.

Durch den Saal ertönte das Lied;

Es ist ein Reis entsprungen
Aus einer Wurzel zart
Wie uns die Alten sungen
Von jesse kam die Art
Und hat ein Blümlein bracht
Mitten im kalten Winter
Wohl zu der halben Nacht.

Die silberhellen Stimmen der Fürsorgezöglinge, die durchweg gute musikalische Begabung haben, beherrschten den Gesang.

Der Geistliche erhob sich und verlaß eine Stelle aus dem Weihnachts-Evangelium. Anschließend daran hielt er eine kurze, markige Ansprache.

Ich will, so führte der Geistliche aus, Euch heute keine Bußpredigt halten, sondern die frohe Botschaft christlicher Nächstenliebe verkünden. Wir wollen Euch zeigen, daß es noch Herzen gibt, die Euch retten wollen aus dem Elend der Krankenhäuser, aus den Mauern der Gefängnisse, daß es auch für Euch eine Erlösung gibt aus den Fesseln und Qualen der Sünde. . . . .

Selten hat ein Geistlicher ein so dankbares Publikum, wie hier. Die Mädchen weinten unaufhörlich. In allen Teilen des Saales hörte man schluchzende Stimmen. Selbst in den Augen der älteren Straßenmädchen erglänzten Tränen, während die jüngeren, namentlich die Fürsorgezöglinge ununterbrochen laute Schmerzenslaute ausstießen.

Nach einer Viertelstunde verstummte die Stimme des Geistlichen. Das Weinen und Schluchzen hielt noch an, als die letzte Strophe des angefangenen Liedes verklungen war.

Nun schritten die Herren vom Vorstande der Anstalt durch die Säle, in denen die Geschenke für die Mädchen lagen und dann verließen sie das Krankenhaus, Da ertönten zunächst leise, dann lauter anschwellend die Weihnachtsglocken von allen Berliner Kirchen. Die Pflegerinnen besorgten das Essen. Ich ging an die Betten der bettlägerigen Kranken, die nicht in den Saal hatten kommen können, weil sie zu krank waren.

Dann durchschritt ich die Schlafsäle der Männer-Krankenstation. Die Männer feierten in anderer Weise wie die Frauen. In den Händen hatten sie Teller mit Pellkartoffeln und Häringe, die es nach altem Brauche jeden Donnerstag abend im Krankenhause an der Fröbelstraße gab. Neben den Betten auf den Glastischchen standen die Geschenke der Verwandten, Ansichtskarten, Bücher, in den Tischen befanden sich eingeschmuggelte Würste und ähnliche Nahrungsmittel. Ein Patient las eifrig in Darwins „Entstehung der Arten durch geschlechtliche Zuchtwahl". Die Pfleger waren erfreut über ihre Weihnachtsgabe in Höhe von 20 Mark und einigen Süßigkeiten und Nüssen. Besonders groß war die Freude derer, die erst kürzlich eingetreten waren und doch 20 Mark erhalten hatten.

Als ich auf die Frauenstation zurückkehrte, zeigten mir viele Pflegerinnen eigene Christbäume, die sie für ihre Privatzimmer geschmückt hatten. Die meisten Mädchen hatten ihre Geschenke geschmackvoll aufgestellt. Sie erhielten alle die gleichen Weihnachtsteller mit einer Weihnachtsstulle, 8 bis 10 Äpfeln, zwei Honigkuchen, reichlich Nüssen, einer Tafel Schokolade. Außerdem erhielten sie ein Hemd, ein Paar Strümpfe, ein christliches Traktätchen, ein neues Testament, zehn Bogen Schreibpapier und zehn Briefumschläge. Hemden und Strümpfe hatten die Fürsorgemädchen im Laufe des Jahres unter der Anleitung tüchtiger Pflegerinnen angefertigt. Auf den einzelnen Tischchen standen noch die Privatgeschenke der Mädchen, Briefe der Eltern, des Bräutigams, der Freundin, ferner gehäkelte Decken und Körbchen, Obstsendungen und Ansichtskarten in großer Zahl und in mannigfacher Ausführung. Einzelne Mädchen hatten auch Püppchen angefertigt. Wenige waren noch immer traurig und verstimmt. Die Tochter eines Lagerverwalters, klagte mir, daß sie ihren Eltern den großen Schmerz bereitet habe, jetzt wo die Eltern den Tag der silbernen Hochzeit feierlich begingen.

Eine Witwe, die seit dem Tode ihres Mannes, seit 11 Jahren, zunächst Jahrelang in Magdeburger Freudenhäusern gelebt hatte, und nach 11 Jahren zum ersten Male erkrankt war, saß stumm auf ihrem Bett. Auf meine Frage weshalb sie nicht zur Feier gekommen sei, antwortete sie: Mit denen (den Geistlichen) habe ich nichts zu schaffen.

Ein anderes Mädchen hatte Strumpfbänder gehäkelt und ein Kinderkleidchen angefertigt.

Das neu angekommene sechzehnjährige Dienstmädchen hatte auch die geistliche Feier versäumt, in starrem Schmerze war sie in ihrem Zimmer geblieben. Sie gab auf Befragen langsam an, daß sie vor einem Jahre noch bei ihren Eltern in der Provinz den Weihnachtsabend verlebt habe. Heute seien beide Eltern tot, sie aber im Dirnenkrankenhause.

Viele Mädchen benutzten die Briefbogen, um an ihre Liebsten zu schreiben. Ein Mädchen der Fürsorgeabteilung schrieb eine Ansichtspostkarte an ihr dreijähriges Schwesterlein.

Oft erklangen noch geistliche Lieder vor allem das:

Stille Nacht, heilige Nacht,
Alles schläft, einsam wacht,
Nur das traute hochheilige Paar . . .

Allmählich aber wich die ernste Stimmung. Anderthalb Stunden nach Beginn der Feier war die Unterhaltung schon teilweise recht frei geworden. Eine Pflegerin spielte auf einer Akkordzither weltliche Lieder. Einige Mädchen hatten die Jacken abgelegt und tanzten halb entkleidet Walzer.

Die Weihnachtsfeier im städtischen Obdach fand für den Arzt einen recht ernsten Abschluß.

Ich wurde zu einem gestochenen „Pennbruder" gerufen, einem westfälischen Kaufmann, der mit einer Baarschaft von 84 Mark das städtische Asyl für Obdachlose in der Froebelstraße aufgesucht hatte und der das Renommieren nicht hatte lassen können. Als er eingeschlafen war, wurde er überfallen, seine Barschaft wurde ihm geraubt. Die Messerstecher waren verschwunden; der Verletzte, dessen Schädelknochen frei lagen, mußte genäht und verbunden werden. Dunkelrotes Blut quoll aus der klaffenden Wunde und erstarrte mit den Haaren zu einer klebrigen Masse. Einige Blutbächlein rieselten über Stirn und Wangen des Verletzten.

Im Krankenhause an der Froebelstraße feierte man Weihnacht. —

II. Referate.

H. Blokusewski (Niederbreisig a. Rh.): Die Entwickelung der persönlichen Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. (Monatsberichte für Urologie 1904, XI.)

Im Altertume und im größten Teil des Mittelalters bestanden nur allgemeine hygienische Maßregeln, erst im 13. Jahrhundert beginnt eine mehr persönliche Prophylaxe, die aber später, besonders auch zur Zeit der Syphilis-Epidemie (1495), teilweise durch die unsinnigsten Maßnahmen verdrängt wurde und erst im Anfang des 16. Jahrhunderts wieder zur Geltung kam, wobei die verschiedensten Mittel und zwar meistens als Waschungen, später als Einspritzungen empfohlen wurden. Aber auch die Entdeckung des Gonococcus durch Neißer (1879) und die Erfolge Credé's zeitigten zunächst keine praktischen Resultate. Haußmann's Verfahren 1885 (Einspritzung 2% Arg. nitr.) fand keine Nachahmer, wohl aber das 1895 veröffentlichte Einträufelungs-Verfahren des Verf., zumal in Verbindung mit anderen wichtigen Maßnahmen (zweckmäßiges Urinen, Berücksichtigung besonderer Stellen u. s. w.). Es folgte die 20% Protargollösung Frank's und — als zur Zeit bestes Mittel — Albargin, das sich nicht so leicht zersetzt und viel energischer wirkt (4% Albargin tötet entsprechend 20% Protargol die Gonococcen in 5—10 Sekunden, beides aber nur in wässrigen Lösungen, nicht als Gelatine, die nach Aufrecht fast 10 mal schwächer sich zeigte und dabei nicht so schnell und sicher in die Schlupfwinkel gelangt). Einzel-Apparate hält Verf. für zweckmäßig, besonders wenn sie wirklich luftdicht verschlossen sind, weil nur dadurch die Möglichkeit gegeben wird, daß die Lösung einer frisch bereiteten gleichkommt. Von diesen Gesichtspunkten ist des Verf. Sanitas-Olive konstruiert, die zur größeren Sicherheit 8% Albargin enthält. Zugleich wird ein Überblick nebst Abbildungen der sonstigen, im Handel befindlichen Apparate bezw. Mittel gegeben.

Zweifelhafter ist die Prophylaxe der Syphilis, bei der noch immer der Condom bezw. die Einfettung die Hauptrolle spielt, letztere am besten mit den zugleich eine Schutzdecke bildenden Wachswaschseifen-Cremes, mit Formalin (Blokusewski 1. 5; Viro 1%).

Verf. resümiert, daß bei zweckmäßiger ärztlicher Empfehlung ohne industrielle Reklamen der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten leichter sein und manche Mühe und Kosten zur energischeren Ausrottung der Syphilis verwandt werden könnte. **R.**

Ludwig (Frankfurt a. M.): Zur Therapie der Leukoplakia urethralis. (Münch. med. Wochenschrift 1904, Nr. 39).

Es handelt sich um 3 Fälle von chronischem Tripper, bei denen bei der endoskopischen Untersuchung weiße, weißgraue bis graubläuliche Verfärbung der Urethralschleimhaut von verschiedener Größe (bis mehrere cm lang), ebenso von verschiedener Breite, 14 die halbe Circumferenz der Urethra einnehmend, von verschiedener Gestalt, rundlich, bandartig, aber immer scharf gegen die Umgebung abgegrenzt, gefunden wurde. Die Oberfläche erschien glatt, spiegelnd, glänzend, in der Mitte der „Pars pendula" nach

dem bulbus zu sitzend. Unter Behandlung des Arztes (Dehnungen, Sondierung, kräftige Spülung, Massage) ließ L. die Pat. in der Zwischenzeit 3 × tgl. ein Heidelbeerdekokt (Vaccinium Myrtillus) einspritzen und zurückhalten. Im Laufe der Behandlung imbibierte sich der Farbstoff in die weißen Flocken, die namentlich am Rande bald bläulicher gefärbt erschienen; auch vom Rande her wurde die frühere weiße Verfärbung allmählich durchscheinender und dünner, die rote Schleimhaut erschien in Streifen, wuchs zusehends hinein, die Flocken wurden mehr und mehr eingeengt, kleiner, bis sie noch vor Beendigung der allgemeinen Tripperbehandlung gänzlich verschwunden waren. **Steiner**-Mannheim.

Gregoir: Les polypes de l'urèthre chez la femme. (Annales des Maladies des Organes Génito-Urinaires, 1904, 3.)

G. widmet diesen seltenen Erkrankungsformen eine interessante Studie. Da dieselben meistens am Meatus sitzen und anatomisch als stark vasculari sierte Papillome zu bezeichnen sind, so ist er der Ansicht, daß sie aus Ueber resten des corpus spongiosum entstünden, welche sich im Fötalzustand nicht blos am äußerten Ende des canalis genitalis, sondern auch an dem des canalis urinaris befindet. Den Anreiz zur Wucherung dieser Ueberreste gebe die Gonorrhoe ab, insbesondere Strictur. Wichtig für den Praktiker ist die genaue Beschreibung der Erscheinungen, welche die Harnröhren-Polypen machen. Die Patientinnen klagen über heftige Schmerzen bei der Harnentleerung, bei Bewegungen, beim Coitus, sie müssen oft harnen, obgleich ihr Harn normal und ihre Blase gesund befunden wird. In der Ruhe hört sowohl der Schmerz als auch der Harndrang auf. Nur selten werden geringe Blutbeimengungen beim Urin bemerkt. Für die Prognose und die Therapie ist es von Wichtigkeit zu wissen, daß diese Polypen trotz Exstirpation sehr häufig — bis zu 8 Mal hat man es beobachtet — wiederkehren. **Goldberg**-Cöln-Wildungen.

Hirt Willi: Die Diagnose der Haematurie. (Wien. klin. Rundschau, No. 31 u. 32.)

Verfasser erörtert im ersten Teile den Wert der Anamnese, Urinuntersuchung, Inspektion und Palpation und betont gegenüber der relativ geringen diagnostischen Ausbeute dieser Methoden die ausschlaggebenden Resultate der instrumentellen Untersuchung insbesondere der Cystoscopie und des Ureterenkatheterismus. Im zweiten Teile werden sodann summarisch die wichtigsten Symptome derjenigen Erkrankungen besprochen, die zur Haematurie führen. Es kommen hier insbesondere in Betracht für die Niere: Tuberkulose, Nephrolithiasis, Tumoren, Traumen, in selteneren Fällen Nephritis im Sinne des „Morbus Brightii" und schließlich das z. Z. viel erörterte und umstrittene Kapitel der sog. idiopathischen renalen Haematurien. — Von Blasenerkrankungen gehen mit Haematurie einher z. T. dieselben Prozesse, wie bei der chron. Tuberkulose: Steine, chronische Cystitiden, Tumoren, Blasenhaemorrhoiden und schließlich die seltenen Fälle von Blasenruptur. — Bei der Prostata kommen in Betracht: die Prostatahypertrophie, Tumoren, in seltenen Fällen Entzündungen und Steine. Die Harnröhre blutet bei den sehr seltenen Geschwulstbildungen (Fibrome Carcinome), bei Traumen mit heftigen Entzündungen. Dr. **A. Seelig** (Königsberg i. Pr.).

P. von Kubinyi: Entfernung eines von Blasensteinen umgebenen Gänsekieles aus der Harnblase (II. Universitäts-Frauenklinik zu Budapest). (Ctrlbl. f. Gynäkol. 1004, No. 46).

Der Fall ist nach zwei Richtungen hin interessant: infolge von Harnretention versuchte die Patientin, sich mit einem zu kurzen Gänsekiel zu katheterisieren, der infolgedessen in die Blase rutschte — andrerseits war die Ursache der Harnretention in einer Erkrankung der „Cauda equina", resp. des „Conus medullaris" gelegen. Aus letzterem Umstand resultierte die Toleranz der Blase, den spitzen und ziemlich großen Fremdkörper ein Jahr lang ohne große Beschwerden in sich zu bergen. Die alarmierenden Symptome traten erst auf, nachdem eine konsekutive Cystitis, resp. Pericystitis eingetreten war. — Entfernung des von Blasensteinen umgebenen Fremdkörpers mit der Kornzange nach Dilatation der Urethra und Inzision des Orificium extern. derselben ohne Anästhesierung. **Schwab**-Hamburg.

III. Besprechungen.

A. v. Korányi (Budapest): Die wissenschaftlichen Grundlagen der Kryoskopie in ihrer klinischen Anwendung. (Moderne ärztl. Bibliothek, herausgegeben von Karewski, Heft 1. Berlin, L. Simion, 1904. 1 Mk.)

Korányi bespricht in dem vorliegenden, 40 Seiten umfassenden Hefte in kurzer aber praegnanter Weise die wissenschaftlichen Grundlagen der Kryoskopie, deren Bedeutung für die Nierendiagnostik ja auch den Urologen zwingt, sich mit ihr vertraut zu machen. Eine kurze physikalische Einleitung behandelt Van't Hoff's Theorie der Lösungen, die Messung des osmotischen Drucks mittelst der Kryoskopie, die Methodik der Kryoskopie (wobei Verf. die bei Benutzung des Beckmann'schen Apparates zu beachtenden Fehlerquellen zusammenstellt und Anweisungen zu ihrer Vermeidung gibt, übrigens „für die Zukunft" zum klinischen Gebrauch — an Stelle des Beckmann'schen Apparates — Zickel's „Pektoskop" vorschlägt); es folgt dann als Hauptteil die Besprechung der physiologisch-pathologischen Grundlagen der klinischen Anwendung der Kryoskopie. Ein 70 Nummern umfassendes Literaturverzeichnis schließt das lehrreiche Heftchen. **A. Freudenberg**-Berlin.

„Krankheiten und Ehe", von **Senator** und **Kaminer** herausgegeben und an dieser Stelle schon früher erwähnt, liegt jetzt vollendet als stattlicher Band von 828 Seiten vor und man darf sagen, daß mit Inhalt und Ausstattung des Werkes der Lehmannsche Verlag in München Ehre einlegt. Von den 27 umfangreichen Arbeiten unserer ersten Aerzte sollen nur diejenigen zur Besprechung gelangen, die in den Rahmen dieser Monatsschrift passen, während auf die anderen Beiträge als eine Fundgrube kondensierter Belehrung hingewiesen sei. Als erste Abhandlung betrachten wir:

Die hygienische Bedeutung der Ehe, von Hofrat Prof. Dr. M. Gruber in München. Die Ehe dient dem Geschlechtsleben der Gatten und das Geschlechtsleben zu regeln, sollte jede Nation bestrebt sein, da in ihm

mit die Grundstütze einer dauernden geistigen und leiblichen Gesundheit der Völker liegt. Diese Regelung besorgt am besten die monogame Dauerehe, die am meisten hygienische, moralische und naturgemäße Institution zu geregelter Ausübung des Geschlechtsverkehrs. Die Ehe zeigt ihren vorteilhaften Einfluß in der Verlängerung des Alters der Ehegatten gegenüber den Unverehelichten, sie begünstigt die Nachkommenschaft in ihrer geistigen und körperlichen Güte und bietet nur dann Schädlichkeiten, wenn solche durch Krankheiten der Gatten oder durch deren unpassendes Alter bedingt werden. Die körperliche Gesundheit des Gatten als Erzeuger ist natürlich eine gewichtige Vorbedingung für die Erzeugung einer brauchbaren Descendenz, die ebenso durch zu große Jugend wie durch zu hohes Alter der Ehegatten beeinflußt wird und durch Krankheitsdispositionen, die — wie Orth an gleicher Stelle ausführt — vererbt werden können. Von Bedeutung ist für die Nachkommenschaft des weiteren die Zahl und Geschwindigkeit der aufeinanderfolgenden Schwangerschaften, durch welche die Mutter entkräftet werden kann und geschwächt in der Fähigkeit, kräftige Kinder zu gebären, deren Zahl sich stets nach dem ökonomischen Verhältnissen der Gatten richten sollte. Die direkte kollaterale Vererbung betrifft im wesentlichen Geisteskrankheiten; andere Krankheiten, wie Syphilis und Tuberkulose, werden von Generation auf Generation vererbt und Alkoholmissbrauch, Morphinismus, entkräftende Krankheiten und chronische Metallvergiftungen drücken in der ihnen eigenen Art den Nachkommen der damit Behafteten ihren Stempel auf. Die Inzucht ist zu vermeiden und ebenso die Kreuzung einander sehr unähnlicher Rassen, die Gattenwahl geschehe mit Bedacht, aber ohne zu große Sorge um Degeneration und Vererbungen. Kein Mensch ist normal und wie sich in manchen Ehen diese Anomalien steigern, nimmt ebenso auch in vielen Ehen die degenerative Vererbung ab. Von der Fortpflanzung auszuschließen sind degenerierte, chronische Kranke und Individuen, welche in ihrer körperlichen Entwicklung zurückgeblieben sind oder mangelhaft ausgeprägte Geschlechtscharaktere haben. Auch die Ascendenz der Gatten bedarf sorgfältiger Berücksichtigung. Der Arzt steht somit den werdenden Gatten beratend zur Seite, er gibt den Verehelichten seine Ratschläge und beobachtet in der Nachkommenschaft die Entwicklung einer gesunden Generation. So liegt es bei ihm, Eheschließungen zu verhindern, Ehen zu scheiden, dem Kindersegen zu steuern und ihn ganz zu verhüten, kurz: er ist berufen, über die Hygiene der Ehe zu wachen.

Dr. Merzbach-Berlin.

IV. Notizen.

Herr **Dr. Grünfeld-Wien** (I., Schottenring 2) teilt mit, daß seine Arbeit „Zur Abhaltung populär-medizinischer Vorträge" zuerst in No. 39 ff. der „Medizinischen Blätter" (Wien VII., Mariahilferstraße 62) erschienen ist und daß er Kollegen, welche sich hierfür interessieren, gerne kostenlos Separata einsendet.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig. — Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—) Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 31.

Heft 3. **März 1905.** Jahrgang II.

Inhaltsübersicht.

I. **Originalarbeiten:**

1. *Dr. med. James Silberstein:* „Über die Anwendung des Arhovins als Antigonorrhoicum."
2. *H. O. Rohleder-Leipzig:* „Der Neomalthusianismus." (Schluß.)
3. *Moritz Porosz-Budapest:* „Über die Folgen der Onanie". (Schluß.)

II. **Notizen.**

Aufruf vom „Bund für Mutterschutz."

I. Originalarbeiten.

Über die Anwendung des Arhovins als Antigonorrhoicum.

Dr. med. **James Silberstein.**

Zu den praktisch wichtigen und theoretisch interessanten Problemen der Therapie gehört gewiß die Aufgabe, durch interne Verabreichung bestimmter Stoffe den Harn so umzuändern, daß er imstande ist, gewisse im uropoetischen System vorhandene Infektionserreger in ihrem Wachstum zu hemmen oder ganz abzutöten. Daß diese Aufgabe von hoher praktischer Wichtigkeit ist, erscheint bei der großen Verbreitung der Gonorrhoe klar, daß sie aber auch ein theoretisches Interesse bietet, ergibt sich daraus, daß im Verfolge derselben uns mancher Einblick in die Zersetzungsvorgänge einerseits, wie insbe-

sondere auch in die eigentümlichen tierischen Synthesen gewährt wird. Bei den zahlreichen, nach dieser Richtung angestellten Versuchen hat sich herausgestellt, daß die meisten, intern eingeführten Phenole mit Schwefelsäure gepaart als unschädliche, aber auch der antiseptischen Kraft beraubte Verbindungen im Harne ausgeschieden werden. Erst durch Esterifizierung der Phenole mit aromatischen Säuren gelang es, wie das von Sahli eingeführte Salol (Salicylsäurephenolester) beweist, ein den praktischen Anforderungen entsprechendes Präparat zu erhalten. Wenn man von den verschiedenen balsamischen Stoffen, wie Copaiva, Santal, Cubeben absieht, die wegen ihrer stark nierenreizenden Wirkung immer weniger verordnet werden, so ist in der Tat bis heute das Salol das einzige Präparat gewesen, welches man mit Berechtigung intern gegen Gonorrhoe sowie Blasenkatarrhe geben konnte. Nun hat uns die synthetische Chemie eine Verbindung geliefert, die die Eigenschaften des Salols in erhöhtem Maße zeigt, das Arhovin.

Das Arhovin ist ein Additionsprodukt des Diphenylamins und des Thymolbenzoësäureesters und stellt eine ölige, leicht bewegliche, farblose Flüssigkeit dar von aromatischem Geruche und würzig brennendem Geschmacke, unlöslich in Wasser, leicht löslich in Alkohol, Äther, Chloroform. Die Selbstversuche, die ich bezüglich der Ausscheidung des Arhovins gemacht hatte, ergaben folgendes: Nach Einnahme von 0,25 g. Arhovin läßt sich nach 15 Minuten im Harne eine Substanz nachweisen, welche durch Eisenchlorid bläulichgrün gefärbt wird. Diese Reaktion nimmt an Intensität während der folgenden halben Stunde zu, um dann allmählich abzuklingen. Nach $2\,^1/_2$ Stunden, von der Einnahme gerechnet, ist die Ausscheidung beendet. Über die Natur des ausgeschiedenen Körpers läßt sich bisher mangels genauerer Analysen nicht Bestimmtes sagen, doch läßt sich per analogiam vermuten, daß es eine Glykuronsäure resp. Paraamidophenolverbindung sein dürfte. Die sonstigen Eigenschaften des an und für sich normalen Urins, wie Menge, Farbe, Reaktion werden nicht geändert, wohl aber beobachtete ich eine Hemmung der alkalischen Gährung. Zweifellos gibt der durch Arhovin veränderte Harn einen ungünstigen Nährboden für Mikroorganismen ab, wie übrigens von anderer Seite (Burchard und Schlokow) direkt durch Impfung des Harns mit Reinkulturen nachgewiesen wurde. Bei der hohen baktericiden Kraft der Componenten des Arhovins (Thymol wirkt z. B. in Lösungen von 1:80000 noch wachstumshemmend auf Bakterien) kann dies nicht wundernehmen.

Über die Erfolge der Arhovinbehandlung liegen bereits zahlreiche Meldungen vor. Dieselben beziehen sich meistens auf die Behandlung der akuten und chronischen Gonorrhoe, sowie auf verschiedene Formen der Cystitis. Die übereinstimmenden Berichte kommen dahin, daß der durch Bakterien und Eiterzellen getrübte Harn ziemlich rasch sich klärt, daß die Sekretion vermindert wird, daß ferner Gonokokken nach kurzer Behandlungsdauer schwinden.

Meine eigenen Erfahrungen ersrecken sich zunächst auf 6 Fälle von Gonorrhoe, von denen ich einige kurz skizzieren will.

Ein 24 jähr. Schlosser, vor zwei Wochen infiziert. Der Harn ist durch starke schleimig-eitrige Sekretion getrübt. Im Sediment sind Gonokokken nachzuweisen. Nach dreitägiger Darreichung von Arhovin ist der Harn stark geklärt, die schleimige Sekretion beinahe vollständig unterdrückt. Die mikroskopische Untersuchung auf Gonokokken fällt negativ aus. Nach 14 tägiger Behandlung kann der Patient als gesund entlassen werden, da der Urin vollkommen klar abgeht und auch durch den Genuß von Alkoholicis nicht alteriert wird.

Ein Kaufmann, 34 Jahre alt, leidet seit mehreren Jahren an Gonorrhoe, welche sich im Vorhandensein von Tripperfäden im Harne äußert. Vor einigen Tugen trat eine Exacerbation des Prozesses auf. Zeichen von Urethritis posterior: Harndrang, letzte Harnportion getrübt, Reaktion neutral. Im Sediment nicht näher charakterisierte Kokken. Auf Arhovin tritt in kürzester Zeit subjektive und objektive Besserung ein.

Ein 26 jähriger Lehrer leidet schon drei Jahre an gonorrhoischer Urethritis, die jeder Behandlung bisher getrotzt hat. Die, wenn auch geringe, Schleimabsonderung, Tripperfäden im Urin, ein Gefühl von Prickeln nach der Miction sind die wichtigsten Symptome. Dazu tritt aber öfters Urindrang ein, der dem Patienten insbesondere während der Berufsstunden sehr unangenehm wird. In der letzten Zeit hatte der Patient sich selbst behandelt und Janet'sche Ausspülungen gemacht, hatte aber wahrscheinlich durch ungeschickte Manipulation (zu hohen Druck) seinen Zustand verschlechtert und eine akute Exacerbation des entzündlichen Prozesses hervorgerufen. Der Harn war in beiden Portionen getrübt, alkalisch. Die Untersuchung des Sedimentes ergab Rundzellen, plattenförmige und zylindrische Zellen mit blasenförmigen Kernen, zahlreiche Kokken, darunter auch intrazelluläre Diplokokken. Ich riet dem Patienten zunächst zur Bettruhe, von jeder lokalen Behandlung abzusehen und verordnete intern Arhovin-

kapseln. Nach drei Tagen war der Urin bedeutend klarer, namentlich die ersten Portionen und konnte leicht durch Filtration vollständig geklärt werden. Sediment war dementsprechend geringer. Nach einer Woche war der akute Zwischenfall erledigt und der status quo wieder hergestellt.

Eine 45. jähr. Frau klagt seit einigen Tagen über Brennen in der Harnröhre während und nach dem Urinlassen. Ausfluß soll vor vielen Jahren bestanden haben, dann aber geschwunden sein. Auch jetzt ist nur eine geringfügige, schleimige Sekretion aus der geröteten Urethra nachzuweisen. Mikroskopisch keine Gonokokken nachzuweisen. Trotzdem gebe ich intern Arhovin und lasse außerdem Arhovinstäbchen in die Urethra einführen, worauf die subjektiven Beschwerden nach einigen Stunden nachlassen. Diese Therapie muß jedoch über eine Woche fortgesetzt werden, um dauerden Erfolg zu haben.

Ähnlich verliefen noch zwei andere Fälle. Ich muß bemerken, daß das Arhovin gerade in den Fällen, welche einer lokalen Behandlung schwer zugänglich sind, außerordentlich gute Erfolge aufweist. Der akute Harnröhrentripper wird ja von vielen Ärzten vielleicht mit Recht als ein „Noli me tangere" betrachtet, für dessen Heilung am besten die Bettruhe ist, solange aber diese Ansicht sich nicht allgemein Bahn gebrochen hat, müssen wir froh sein, wenigstens ein Mittel zu besitzen, durch das wir die Virulenz der Gonokokken im akutesten Stadium schwächen können, um womöglich auf diese Weise ein Weitergreifen der Infektion auf die Blase und die Samenwege wie auch metastatische Infektionen zu vermeiden.

Bei der Cystitis habe ich mit dem Arhovin viermal gute Erfolge erzielt, während ein Fall nicht reagierte. Man muß aber wissen, daß das, was wir klinisch als Cystitis bezeichnen, anatomisch oft mit der Blasenschleimhaut gar nichts zu tun hat. Es kann eitriges Sekret aus der pars posterior in die Blase regurgitieren und eine Cystitis vortäuschen, während die Blasenschleimhaut ganz intakt ist. Wenn aber diese selbst anatomisch verändert ist, Geschwüre oder polypöse Wucherungen zeigt, dann hat man sich von der internen Behandlung wenig zu versprechen und wird die externe, d. h. lokale Behandlung, in ihre Rechte treten.

In meinen 4 Fällen handelte es sich durchwegs um frische, akute Formen mit alkalischem, trübem Harn, dreimal durch gonorrhoische Infektion, einmal nach jungem Bier. In allen Fällen klärte sich der Harn nach 1—5 Tagen ohne lokale Behandlung. Im letzten Fall (chronische Cystitis bei einem alten Manne) blieb die Arhovintherapie erfolglos.

Wo bei intakter Blasenschleimhaut ein Katheterismus notwendig ist (Apoplexie, Myelitis), ist trotz der peinlichsten Vorsichtsmaßregeln eine Einführung von Bakterien in die Blase schwer zu vermeiden.

Bei häufig wiederholtem Katheterismus tritt daher fast immer eine Cystitis ein.

Es ist daher angezeigt, wenn ein solcher schon unumgänglich notwendig ist, neben der Desinfektion des Katheters, vorheriger Ausspülung der Urethra und sonstiger Reinlichkeit, auch die Desinfektion auf internem Wege vorzunehmen. Ich habe in einem solchen Falle (Myelitis mit Paraplegie und Blasenlähmung) intern Arhovin gegeben und konnte lange Zeit auf diese Weise eine intravesikale Harngährung verhindern. Es gilt natürlich hier dasselbe, was oben von der Cystitis gesagt wurde, daß, wenn einmal die Blasenschleimhaut schwer geschädigt ist, auch von dem Arhovin kein Erfolg mehr zu erwarten ist.

Was nun die externe Anwendung des Arhovins anbelangt, so ist dieselbe von den physikalischen Eigenschaften, insbesondere den Löslichkeitsverhältnissen, wesentlich abhängig. Zu Pinselungen und Instillationen habe ich 1—5 % Lösungen in Alkohol mit Zusatz von Glyzerin verwendet und zwar als Desinficiens und Desodorans. Ich habe unter dieser Behandlung mehrmals infektiöse Entzündung der Tonsillen, die einen grauen, schmierigen Belag zeigten, in wenigen Tagen schwinden gesehen, ohne daß es zu Zeichen einer allgemeinen Infektion gekommen wäre. Auch Arhovineinträuflungen mit dem Guyon'schen Katheter bei Katarrhen der pars posterior sind zweckmäßig, namentlich, wenn Silbernitrat nicht vertragen wird. Dagegen sind Blasenspülungen wegen der Unlöslichkeit im Wasser schwer durchführbar.

Die gynäkologische Praxis hat sich ebenfalls bereits das Mittel zunutze gemacht. Es ist angewendet worden bei Vaginitis, Cervicitis, Endometritis in Form von Vaginalkugeln, Tampons, Pinselungen oder kleinen Stäbchen aus Cakaobutter, die in den Cervixkanal eingeführt werden. Der früher getrübte, weiße Fluß wird mehr klar, schleimig, wird im ganzen geringer und auch die krampfartigen Schmerzen bei Endometritis lassen nach. Was die Reizlosigkeit betrifft, wird das Arhovin von keinem der bekannten gleich starken Antiseptica übertroffen.

Ich will nun kurz die Ergebnisse meiner und fremder Erfahrungen mit dem Arhovin zusammenfassen. Wir haben durch die Einführung dieses Präparates in die Therapie ein Mittel gewonnen, durch welches wir in die Lage versetzt sind, bei interner Darreichung desselben dem

Harn stark antiseptische Eigenschaften zu verleihen. Solange daher in die Harnwege eingedrungene Mikroorganismen keine starken anatomischen Veränderungen hervorgerufen haben, können wir durch große Gaben von Arhovin (1,5—2 g. p. die) die Infektion schwächen oder ganz coupieren. Die besten Erfolge erzielt man demnach in den frischen Fällen. Man kann die Gaben umso dreister geben, da sie eine schädliche Wirkung auf das Nierengewebe nicht ausüben. Die bei der akuten Gonorrhoe beliebten balsamischen Mittel, die bei einer sehr fraglichen antiseptischen Kraft eine große Reizwirkung auf die Nieren und Harnwege ausüben, sind ganz überflüssig geworden und zu vermeiden.

Ein anderes Gebiet, auf welchem ich in der letzten Zeit mit dem Arhovin gute Resultate erzielt habe, sind alle Stauungen und abnormen fermentativen Prozesse des Magen- und Darminhalts. Ich behalte mir vor, auf diese Fälle in einem anderen Aufsatze des näheren einzugehen und will hier nur soviel bemerken, daß die Idee, das Arhovin bei Magen- und Darmgährungen zu verwenden, sehr nahegelegen ist. Das Thymol, welches doch ein Bestandteil des Arhovins ist und aus diesem im Verdauungskanal abgespalten wird, ist ja neben dem Menthol ein in diesem Sinne vielfach angewendetes Mittel, das sich in kurzer Zeit in der Therapie eingebürgert hat. Nach den bisherigen Erfahrungen ist dasselbe auch von dem Arhovin zu erhoffen.

Der Neomalthusianismus.

Die facultative Sterilität in der ärztlichen Praxis.

Von **Dr. Rohleder-Leipzig.**

(Schluß.)

II. Der durch die Vererbungsgesetze bedingte Neomalthusianismus.

Nach Weismann's vorzüglichen Forschungen („Ges. Aufsätze über Vererbung", 1902) bezeichnet man als vererbt nur dasjenige, was dem Individuum durch die Keimstoffe (von W. Keimplasma genannt) bei der Zeugung mitgegeben worden ist, also männlicherseits durch das Sperma, weiblicherseits durch das Ovulum. Solche Mitgift von krankhaften Anlagen resp. Dispositionen durch das Keimplasma kann nun bei den verschiedenen infektiösen und nicht infektiösen Erkran-

kungen der Fall sein. Zur Prophylaxe, zur Verhütung solcher schweren Erkrankungen kommen für den Arzt vom neomalthusianischen Standpunkt aus hauptsächlich folgende in Betracht:

1. Schwere Infektionskrankheiten, wie Tuberkulose und Syphilis.

Bezüglich der Erblichkeit der Tuberkulose sind z. Z. die Akten immer noch nicht geschlossen, besonders Koch stemmt sich gewaltig dagegen, daß aber die Disposition, auf Grund welcher die Tuberkulose sich entwickelt, durch gewisse pathologische Körpereigenschaften, auf welchen die Tuberkulose sich entwickeln kann, vererbt wird, wird wohl als gesichert angenommen. Riffel hat auf Grund einer Statistik („Mitteilungen über die Erblichkeit und Infektiosität der Schwindsucht". Braunschweig 1892) bewiesen, daß bis in die 5. Generation hinein die Nachkommen Tuberkulöser wieder tuberkulös sind und jeder viel beschäftigte Arzt kennt aus seiner Praxis Familien, in denen die Tuberkulose sich vererbt von Generation zu Generation. Wie unendlich oft sieht er die Neugeborenen mit den unverkennbaren Erscheinungen der Tuberkulose, wie oft erfährt er in der Anamnese eines Tuberkulosefalles die Lungenerkrankung der Eltern und Voreltern! Und wenn man heute schon soweit geht, schwer Lungenkranken den Heiratskonsens zu verweigern, wie den Luetischen, muß der Arzt zum mindesten auch berechtigt sein, diesen Erkrankten den Präventivverkehr anzuraten, ein Vorgehen, welches bei weitem nicht so tief einschneidet in das soziale Leben wie ersteres. Genau wie früher bei Empfehlung des N. bei tuberkulöser Erkrankung der Mutter, halte ich auch hier im zweiten oder dritten Stadium der Tuberkulose bei einem der Erzeuger (oder auch beiden) den N. für unendlich segensreich; hier wirkt der N. nicht allein hygienisch prophylaktisch, sondern indirekt allerdings auch sozial. Würden alle Ärzte bei schwerem, vorgeschrittenerem Stadium der Lungentuberkulose fakultative Sterilität der Eltern sich zur Pflicht machen, so würde ein gewaltiges Stück der sozialen Frage und Prophylaxe der Tuberkulose gelöst sein, denn daß gerade die schwächlichen skrofulösen und tuberkulösen unglückseligen Kinder der privaten wie staatlichen sozialen Fürsorge am meisten bedürfen und meist doch früher oder später im Kampfe ums Dasein unterliegen, ist sattsam bekannt. Aber auch hier bildet der Stand der Erkrankung den Maßstab, ob „pro oder kontra". Hämoptoë, Cavernen, Nachtschweiße, Abmagerung, Fieber eines oder beider Eheleute sind m. E. eine absolute Indikation für N.

Bezüglich der Syphilis liegen die Gesetze der Vererbung viel klarer und werden hier wohl auch von niemand bestritten (vide: Syphilis congenita, S. hereditaria), auch ist zur Genüge bekannt, daß die Lues sowohl vom Vater, als von der Mutter, als auch von beiden Eltern übertragen werden kann, denn auch die paterne Infektion per Sperma (die von Matzenauer u. A. noch geleugnet wird) gilt jetzt wohl für erwiesen. Die sicher konstatierte Erblichkeit berechtigt uns aber im Falle noch infektlöser und vererbbarer Lues eines oder beider Ehegatten, bei denselben solange fakultative Sterilität eintreten zu lassen, bis eine volle Ausheilung stattgefunden hat, bei gleichzeitig gründlicher Behandlung der Infizierten. Und auch hier ist das Condom, nicht das Okklusivpessar, das einzig richtige Mittel des N. (denn durch Anwendung desselben kann eine event. Ansteckung des anderen Ehegatten wirklich verhindert werden, wie ich mehrfach gesehen). Aber abgesehen von dieser Infektion eines Ehegatten, würde wahrscheinlich doch nur ein syphilitisches Kind die Folge des Normalverkehrs sein, denn, daß syphilitische Eltern von Syphilis gesunde Kinder zeugen können, ist zwar bekannt, ja, sogar frisch syphilitische Eltern, aber es sind dies doch außerordentliche Ausnahmen. Die größte Wahrscheinlichkeit spricht doch dafür, daß Abortus, event., — je nach der Dauer des Bestehens der Lues und der Behandlung — Frühgeburten, lebensunfähige oder faultote Kinder die Folge sein würden. Jedenfalls besteht das Gesetz, daß, je jünger und frischer die Lues und je weniger sie behandelt, desto wahrscheinlicher mit dem Erscheinen luetischer Früchte zu rechnen ist. Man könnte mir entgegnen, daß event. Frühgeburten im 8. Monat oder nach vollendetem 8. Monat den Eltern doch die Möglichkeit geben, das Kind durchzubringen und deswegen fakultative Sterilität nicht anzuraten sei. Dem ist zu entgegnen, daß — bei länger dauerndem, neomalthusianischen Verkehr und inzwischen stattgehabter Behandlung — die Wahrscheinlichkeit, später ein von Syphilis freies Kind zu bekommen, dann doch größer ist. Hier hat also, im Gegensatz zu den anderen vererbbaren Erkrankuugen, nur ein vorübergehender, nicht dauernder malthusianischer Verkehr Platz zu greifen und zwar so lange bis eine gründliche Ausheilung des einen resp. beider Eltern erfolgt ist. Auch hier ist eine intermittierende Fournier'sche Behandlung angezeigt, die von Fall zu Fall individuell zu beurteilen ist. Im allgemeinen sollte jedoch nicht unter 3 Jahren der malthusianische Verkehr aufgehoben werden.

2. Daß schwere Konstitutionskrankheiten, wie Diabetes, nicht nur, wie wir schon sahen, von Seiten der Mutter, sondern auch prophylaktisch im Interesse der Nachkommenschaft fakultative Sterilität erfordern, dafür möchte ich als besten Gewährsmann Senator nennen, der in seinem Abschnitt »Konstitutionskrankheiten und Ehe« (in „Krankheiten und Ehe") sagt: „Die Nachkommenschaft ist durch die Zuckerkrankheit in doppelter Weise gefährdet, einmal dadurch, daß Kinder diabetischer Mütter oft zwar lebend, aber in schwächlich-elendem Zustande geboren werden, sodann wegen der Erblichkeit der Krankheit", die er auf 20% schätzt und „für die Frage der Verheiratung und des Verhältnisses in der Ehe dürfte manchem Diabetiker doch die mögliche Übertragung seiner Krankheit auf die Nachkommenschaft nicht ganz gleichgiltig sein". Um so mehr wundert es mich, wenn Senator die Entscheidung, ob wegen der Gefahr der Vererbung eine Konzeption verhütet werden soll, den Ehegatten überläßt. Nach meinem Dafürhalten ist der Arzt hier der einzig wahre Sachverständige und nicht allein für die Mutter, sondern auch für das Kind hat er den Eheleuten die Gefahr — bei schweren Fällen — auseinander zu setzen und schon im Hinblick darauf, daß im zeugungsfähigen Alter der Frau der Diabetes an und für sich, eben weil noch im jugendlichen Alter, ein schwererer ist und die Vererbungsfähigkeit wahrscheinlich auch größer ist, ist ärztlicherseits mit Entschiedenheit auf Präventivverkehr zu dringen, ohne erst die Entscheidung der Eltern abzuwarten. Für die event. negative Entscheidung ist der Arzt dann nicht verantwortlich in ihren Folgen.

Daß Hämophilie nicht nur für die Mutter, sondern auch für Nachkommenschaft eine Indikation für N. darstellt, geht daraus hervor, daß sie nach Grandidier'schen Untersuchungen außerordentlich erblich ist und zwar merkwürdigerweise meist mit Überspringung einer Generation immer auf die männlichen Mitglieder, also vom Großvater auf den Sohn durch die Tochter, die selbst nicht hämophil zu sein braucht. Wir haben hier das seltene Beispiel, daß wir direkt auf ein Enkelgeschlecht prophylaktisch einwirken können. Grandidier stellte nach seinen in Tenna (Kanton Graubünden, Schweiz), dem bekanntesten Hämophilenort, angestellten Untersuchungen den Satz auf: Weibliche Mitglieder von Bluterfamilien sollen nicht heiraten, auch wenn sie nicht hämophil sind, sondern die männlichen. Daraufhin haben bekanntlich die jungen Mädchen Tenna's beschlossen, sich nicht zu verheiraten. Mir ist nicht bekannt, ob dies streng durchgeführt wird. Meines Er-

achtens hat Ripke in seiner Dissertation mehr Recht, wenn er sagt: „Bluter sollen nicht zeugen", statt „heiraten". Verheiratung ohne Zeugung ist aber nur möglich durch Präventivverkehr, der hier allerdings bei der schwer drohenden Gefahr einer Verblutung seitens der Mutter schon ein doppelter sein müßte, Condom und Occlusivpessar.

3. Sind schwere Nervenkrankheiten, Epilepsie, Hysterie und Geisteskrankheiten, Paralyse u. a. im Interesse der Nachkommenschaft eine Indikation für N. Mag die Epilepsie eine direkt vererbte Erkrankung sein oder mag es nur die neuropathische Disposition sein, welche den Nährboden für die sich später entwickelnde Epilepsie ist, soviel ist Tatsache, daß die Nachkommen der Epileptiker sehr oft wieder epileptisch sind, nach Féré über die Hälfte, nach Bouchet unter 58 : 44. Diese Zahlen reden eine gebieterische Sprache und rechtfertigen unseren Standpunkt, in Fällen von schwerer Epilepsie fakultative Sterilität eintreten zu lassen. Auch bei der Hysterie ist die Disposition sehr oft vererbt, wie ja das Geschlechtsleben überhaupt auf die Entstehung der Hysterie großen Einfluß hat. Die schweren Formen der Hysterie sind ebenfalls Objekte für den N. Noch mehr Berechtigung haben natürlich die Geisteskrankheiten der Eltern. Mögen die Zahlen für die Erblichkeit der Geisteskrankheiten auch ungeheuer schwankende sein, man spricht bis zu 90%, so wissen wir doch aus der Ätiologie Geisteskranker, daß die Erblichkeit hierbei eine außerordentlich große ist. Sehr schwere Geisteskrankheiten, welche ein Eheleben unmöglich machen, führen ja durch Internierung des Erkrankten schon zur Trennung resp. Ehescheidung, sind also für unser Thema belanglos, ebenso unheilbare Geisteserkrankungen. Aber auch puerperale Psychosen, ja selbst Hysterie, die in der Ehe erst auftritt, geben uns die Berechtigung zum Präventivverkehr, nicht blos im Interesse der Mutter, sondern auch in dem der Nachkommenschaft.

Zum Schluß möchte ich nur noch chronischen Alkoholismus und chronischen Morphinismus in fortgeschrittenen Stadien als Erkrankungen ansehen, welche uns zum N. im Interesse der Nachkommenschaft berechtigen. Über die Verbreitung, die sonstigen Gefahren des Alkoholismus, besonders die sozialen Gefahren, auch für die Ehe, brauche ich hier keine Worte zu verlieren, sie sind bekannt genug. Auch darüber brauche ich nicht zu sprechen, daß chronische Alkoholiker gerade im Rausche mehr als dem anderen Ehegespons lieb

(meist der Frau), **dem sexuellen Genuß** zusprechen, ich brauche auch nicht daran zu erinnern, wie andere **sexuelle Delikte Schändung**, Notzucht, Exhibitionismus u. v. a. gerade im Rausche, unter der **Macht** des Alkohols, von chronischen Alkoholikern begangen worden. Uns interessiert hier nur der Einfluß des chronischen Alkoholismus auf die Nachkommenschaft, der ein äußerst schädigender ist, nicht allein, daß Säufer meist mehr Kinder haben als Nichtsäufer, eben infolge der im Rausche erhöhten Libido sexualis. Auch die Nachkommen sind körperlich wie geistig bedeutend minderwertiger (vergl. die Vierteljahrszeitschrift: „Der Alkohol", — Crothers: „Über den Einfluß der alkoholischen Heridität bei Kinderkrankheiten" in den „New Yorker Medical News" u. v. a.). Trinker erzeugen nicht allein wieder Trinker, sondern auch sonst verkommene Individuen, Prostituierte, geistig und sittlich Entartete, Epileptische, Idiotische. Schmidt-Monnard, der leider zu früh verstorbene Hallenser Kinderarzt, fand unter in der schwachsinnigen Schule internierten Kindern 19%! von Trinkern abstammend. Ich will nicht weiter eingehen auf den statistisch mehr als genügend gezeigten unheilvollen Einfluß des Alkoholismus auf die Nachkommenschaft und dadurch wie Leppmann „Alkoholismus und Ehe" (loc. cit.) zeigt, auch auf die Rasse. Auch hier wird der neomalthusianische Arzt nicht allein zum Hygieniker, sondern auch zum Sozialpolitiker, der eine, und nicht die kleinste, Wurzel unseres sozialen Elends durch Einführung der fakultativen Sterilität in den alkoholischen Ehen (sit venia verbo) unterbindet. Daß auch hier der Neomalthusianismus bisweilen überflüssig wird, weil durch allzugroße Störung des Ehelebens eine Ehescheidung die Folge ist, hindert uns nicht, solange die Ehe besteht, Präventivmaßregeln zu empfehlen.

Für den chronischen Morphinismus gilt — mutatis mutandis — dasselbe, was ich für den chronischen Alkoholismus sagte, nur daß — Gott sei Dank — mit der Länge des Lasters, auch die Zeugungsfähigkeit abnimmt. Über die Nachkommenschaft der Morphinisten brauche ich nicht weiter zu sprechen. Bleiben sie überhaupt am Leben, so sind es geistig so minderwertige, bedauernswerte Individuen, daß man auch von ihnen sagen kann, es wäre besser, sie wären nicht geboren. Und dies ist auch nicht zu verwundern, stehen sie doch vom Beginn der Befruchtung bis zur Ausstoßung der Frucht unter der Wirkung des Giftes, wahrscheinlich schon unter der Wirkung desselben auf die Keimzellen. Soviel aber steht fest: hält man die unverheirateten Morphinisten für nicht ehefähig, so sind die verheirateten

nicht zeugungswürdig und fakultative Sterilität ist bei ihnen eine gute Tat.

Aus dem Bisherigen, hoffe ich, wird der Leser den Eindruck gewonnen haben, daß die Anwendung des N. durchaus nichts unsittliches darstellt und daß der Arzt eben als solcher, als die staatlich zum Wohle der Menschheit, zur Hilfeleistung in Krankheitsfällen berechtigte und verpflichtete Person, das Recht auf Anwendung des N. hat, daß sie ihm zur „sittlichen Pflicht" (Ferdy) werden kann und als gewissenhaftem Arzte werden muß, deren sittliche Begründung eben in unserer Stellung als „Arzt" gegeben ist. Das „Wann" er von dieser sittlichen Berechtigung Gebrauch machen darf, habe ich in vorliegenden Zeilen zu skizzieren versucht. Wenn einzelne Ärzte, wie Mensinga, sich auf unseren Standpunkt stellen, und nicht Neomalthusianisten, sondern nur Hygieniker sein wollen, den Begriff des Neomalthusianismus also nicht auf das medizinische Gebiet übertragen wissen wollen, sondern nur den der fakultativen Sterilität, so möchte ich dem entgegnen, daß in ihrem Wirken beide sich doch derselben Mittel bedienen, das Endresultat, „Verhütung der Zeugung" doch dasselbe ist und dass der Arzt ungewollt oft, (zwar aus hygienischen Gründen handelnd, aber) doch zum Volkswirtschaftler „implicite" wird (vide N. beim chronischen Alkoholismus, der Tuberkulose u. a.); ich behalte also den Kollektivnamen Neomalthusianismus bei.

Es erübrigt uns hier nur noch eine kurze Besprechung der

Neomalthusianischen Mittel.

Ihre Zahl ist Legion. Es kann nicht meine Aufgabe sein, all die ungeheure Zahl von Schwangerschaft verhindernden Mitteln, die nicht nur im wissenschaftlichen medizinischen Blättern, auch in fast jeder größeren Tageszeitung angepriesen werden, im einzelnen zu skizzieren. Dies ist auch nicht nötig, da die meisten derselben, weil unbrauchbar unzuverlässig sind.

Es sind I. natürliche. II. künstliche.

Die **natürlichen** Mittel sind meist recht unsicherer Art. Ich habe sie ausführlich loc. cit. besprochen. Hier will ich sie nur kurz erwähnen, es sind

1. Die sogen.: „fakultative Sterilität ohne Verletzung der Sittengesetze" (Dr. Capellmann, Aachen 1887), d. h. Enthaltung vom Beischlaf für die dem Beginn der Menstruation folgenden 14 Tage und die der nächsten Menstruation vorhergehenden

3—4 Tage, unsicher deshalb, weil nach Hensen's Untersuchungen kein Tag den befruchtenden Coitus ausschließt, abgesehen davon, daß die Vorschrift am grünen Tisch gegeben ist, in praxi absolut undurchführbar ist und — wenn durchführbar, d. h. vom Ehepublikum ausgeführt, — unsicher ist bezügl. der Zeit, da oft die Periode unregelmäßig, regelmäßig 3wöchig u. v. a. ist.

2. Ist das Stillen post partum natürlich völlig belanglos für das Eintreten oder Nichteintreten einer Schwangerschaft, abgesehen davon, daß, wenn über die Zeit — praeter propter über den 9. Monat hinaus gestillt wird, dem Kinde ein direkter Schaden zugefügt wird, weil dann die Milch für die Ernährung des Kindes absolut unzureichend wird.

3. Ist ein, in Europa — wenigstens in den Kulturstaaten — wenig oder gar nicht bekanntes Mittel künstliche Hervorbringung von Lageveränderungen des Uterus. Besonders wird das Verfahren, wie Ferdy (nach van der Burg) angibt, in Ostindien und auf den Sundainseln geübt. Ich fand eine vortreffliche Schilderung dieser künstlichen Unfruchtbarmachung der Frau in holländisch Indien in dem Werke von H. Straatz: „Die Frauen auf Java, eine gynaekologische Studie," im 7. Kapitel. Er sagt: „Es war schon lange bekannt, daß die meisten Dukuns (van der Burg Doëkœns, holländisch oe wird gleich u gesprochen. Verf.) ein Mittel besitzen, um Schwangerschaft zu verhüten, oder auch, um die Sterilität aufzuheben. Worin dasselbe bestand, konnte nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden, da sie selbst sowie die Beteiligten das Geheimnis nicht verrieten. Auf vielen Umwegen ist es mir gelungen, dasselbe zu entdecken. Nach Aussage eines Kollegen sowie älterer Hebammen, sollte das Verfahren in „Umdrehung der Gebärmutter durch äußere Handgriffe" bestehen. Es wird „Ankat prut" (den Bauch wegnehmen) genannt, eine Bezeichnung, die auch für das völlig unschuldige Streichen der Lendengegend gebraucht wird. Auf diese Weise ist niemals auszumachen, was die Dukun mit ihrem „Ankat prut" im gegebenen Falle meint." Und weiter: „Ich glaube mich zur Ansicht berechtigt, daß das Geheimnis der Dukun zur Erzeugung der Sterilität besteht in einer künstlich durch äußere Handgriffe bewirkten „Retroflexio uteri". Von einer hochgebildeten Dame (die s. zt. in Zürich Medizin studierte, dann längere Zeit in Soerabaya, einer der Hauptstädte Javas, weilte), wird mir ebenfalls bestätigt, daß daselbst die Unfruchtbarmachung besonders der malayischen Frauen und „last not least" — jungen Mädchen durch

Massagebewegungen (Herstellung irgend einer Uteruslageveränderung, Retro- oder Anteflexio) außerordentlich stark betrieben werde, wie ja überhaupt das ganze Geschlechtsleben in Holländischindien ein außerordentlich offen, nackt, „sans gêne" sich zeigendes ist (vergl. Vedt, Het leven in Nederlandsch Indie).

Die künstlichen Mittel sind, wie ich schon sagte, unzählbar. Den meisten derselben geht es wie den neueren Arzneimitteln, die nach kurzer Daseinsfrist wieder der wohlverdienten Vergessenheit anheimfallen. Die bekanntesten sind entweder mechanisch oder chemisch konzeptionsverhütende Mittel. Die gebräuchlichsten und besten sind die mechanisch wirkenden: das Condom uud die Pessare.

Das Condom, oder richtiger Condon (nach einem in London um die Mitte des 18. Jahrhunderts lebenden Arzt) ist zur Zeit wohl immer noch am meisten verbreitet. Ich habe (loc citato), im Anschluß an Ferdys Schilderung, die Herstellungsweise derselben gezeigt. Für außerordentlich wichtig für den ordinierenden Arzt halte ich, daß er seinen Patienten ein möglichst zartes, dünnes, wenn auch teures Condom verordnet, denn: je dicker dasselbe ist, desto mehr Gefühlsstörungen „apud coitum" verursacht es, desto schädlicher sind die Folgen des Praeventivverkehrs. Denn — das möchte ich hier gleich vorwegnehmen — eine gewisse Schädlichkeit schließt jeder Praeventivverkehr in sich, die geringsten Schädlichkeiten haften aber dem mit dem dünnsten Condom ausgeübten an, aber bei weitem nicht die Schädlichkeiten, die dem „Coitus interruptus" innewohnen.

Die Schädlichkeiten des „Coitus condomatus« bestehen hauptsächlich darin, daß durch den Überzug die Reizungsgefühle, welche die Reibungen des Penis, besonders der Glans penis an den Vaginalkämmen, den „Columnae plicarum" hervorrufen, wegfallen und gerade diese Reibungen stellen ein sehr wichtiges Moment zur Steigerung der Libido sexualis bis zum Orgasmus dar. Durch Wegfall dieser Reibungen wird mindestens eine Verzögerung des Orgasmus, d. h. der Auslösung des Wollustgefühls, der Ejakulation, sowohl weiblicherseits wie männlicherseits hervorgerufen und dadurch wieder ein größerer Verbrauch von Nervensubstanz notwendig (Näheres siehe meine Vorles.). Ferner bedeckt das Condom auch den Vorhautring (beim Übergang der Eichel auf das Corpus penis), der ganz entschieden zu oben genannter Reizung besonders bei der Frau viel mit beiträgt. Es leuchtet nun ein, daß, je dünner das Condom ist, desto geringer die Gefühlsstörungen,

sowohl für Mann als für Frau sind. Die Stärke der Coecalkondoms (alias „Fischblasen") schwankt nach Ferdy — praeter propter — von 0,01 bis 0,03 cm., je dünner dieselben sind, desto unschädlicher sind sie, desto näher kommt der Verkehr mit denselben einem normalen. Fürbringer: „Sexuelle Hygiene in der Ehe" (Krankheiten und Ehe, I) tritt erst kürzlich wieder für die Gummicondoms ein, weil er meint, kaum Störungen oder gar schädliche Wirkungen von denselben vernommen zu haben. Demgegenüber aber mußte ich darauf hinweisen, daß die Störungen sich beim längeren Gebrauch dicker Gummicondoms in einer allmählig zunehmenden Nervosität, neurasthenischen Beschwerden, besonders sexuell-neurasthenischen Beschwerden zeigen, die von den Patienten absolut nicht als Folgen des „Coitus condomatus" gedeutet werden, die Patienten haben keine Ahnung, daß ihre Neurasthenie damit in Verbindung stehen könnte. Ich verordne nur die dünnsten Coecalcondoms, bei den nach den meinerseits an den Patienten beobachteten Erfahrungen die Schädlichkeiten auf ein Minimum reduziert sind, also weg mit den Gummicondoms.

Desgleichen möchte ich vor den Eichelcondoms nur warnen, d. h. vor den kurzen, nur die Eichel umhüllenden Gummimembranen, weil sie unsicher sind, weil sie „bei Retraktion des erschlafften Penis" (Ferdy) leicht abgleiten.

Soviel ist sicher, daß bei der jetzigen vorzüglichen Qualität der Coecalcondoms der alte Ricordsche Ausspruch, daß das Condom „ein Panzer gegen das Vergnügen und ein Spinngewebe gegen die Gefahr sei", nicht mehr zu Recht besteht.

Das 2. wichtigste Mittel ist das Hasse-Mensingasche Occlusivpessar. Es besteht aus einer halbkugelförmigen Kautschukmembran, welche unten einen federnden Stahlring trägt. Der Ring kommt um das „Orificium uteri" zu liegen und soll so dem Sperma den Weg zum Cervix verlegen. (Genaueres gibt: Mensinga, Facultat. Sterilität, Tei II). Es ist, trotz mehrfacher Nachteile, deren größter ist, daß es, außer zur Zeit der Menstruation, immer getragen werden muß, dadurch leicht Fluor macht, besonders bei mangelhafter Reinigung, der selbst zur Endometritis führen kann, doch ein recht brauchbares Instrument. Verordnet daher der Arzt ein Schutzpessar, so hat er auch die Verpflichtung, gleichzeitig Ausspülung — am besten mit einem leichten Desinfektionsmittel — Borsäure etc. zu ordinieren. Am besten wird daher die Herausnahme, Reinigung und Wiedereinsetzung des Pessars vom Arzte vorgenommen, meinetwegen, wie er ein Hodgepessar, einen

Meyerschen- oder andern, die Lage der Gebärmutter corrigierenden Ring herausnimmt und reinigt, wenn nur die meisten Frauen sich nicht genierten darob. Ein anderes empfehlenswertes Verfahren hat eine Patientin von mir ausprobiert. Da sie weiß, dass bei ihrem Ehegespons die Lust zum Coitus nur Abends oder Morgens früh, nicht tagsüber, eintritt, legt sie mechanisch jeden Abend vor dem Zubettgehen das Condom ein und entfernt dasselbe morgens; Erfolg: letztes Kind ca. 7 Jahr.

Ein weiterer Übelstand beim Meningapessar ist der, daß es allmählich zu klein wird, nach einigen Jahren ein allmählig größeres Pessar ausgesucht werden muß. Ist das Pessar aber zu klein, so gewährt es nicht genügenden Schutz, wie ich bisher 2 mal dadurch Befruchtung habe eintreten sehen.

Einen absoluten Schutz gewähren die Pessare danach nicht, aber, wenn gut sitzend, doch einen recht großen. Übrigens gewährt auch ein Condom keinen absoluten, da — besonders die billigen — nicht „garantiert fehlerfreien" leicht einreißen, nur mit dem Unterschiede, daß ein Zerreißen eines Condoms unmittelbar post coitum gesehen wird, ein allmählig nicht völliges Abschließen des Muttermundes durch ein Pessar nicht.

Neuerdings habe ich mehrfach die sogenannten Zephirpessare probiert. Dieselben sind nach Mensinga's mech. Prinzipe gebaute Membranen, die über den Muttermund gestülpt werden, doch haben sie keinen federnden Überring, statt dessen einen gummiartigen, steifen, (jedoch zusammendrückbaren) Rand von $^1/_2$—1 cm., der entschieden die Drucksymptome des Mensingaschen Pessars nicht hat, denn das Pessar hält sich nicht durch den Druck des Randes gegen die Scheidewand, wie der federnde Stahlring des Mensinga es tut, sondern es legt fest dem zapfenförmigen Muttermund an, wird gleichsam über denselben darüberweggestülpt, ist gleichsam ein weibl. Eichelcondom. Demselben haften jedoch die Mängel an, daß es bei sehr flachen, wenig in die Scheiden hineinragenden Muttermunde nicht fest hält, nicht sich darüberstülpen läßt und zweitens die Membran viel zu dünn ist. Es ist passiert, daß Frauen trotz bester Lage desselben — gravid wurden, bei Herausnahme zeigte es sich, daß die Membran durch den anstoßenden Penis zerstört worden war (vide: oben cit. Fall). Meines Erachtens ist der Rand für die dünne Membran zu hart, resp. umgekehrt die Membran für den Rand zu zart. Der Rand des Zephyrpessars — vereint mit der Gummiplatte des Mensingaschen Pessars —

dürfte eine höchst vorteilhafte Kombination sein; beide Pessare dürften dadurch nur gewinnen.

3. Die sogenannten Intrauterinpessare als malthusianische Mittel darf ich wohl übergehen, da sie heute wohl ärztlicherseits, auch als die Uteruslage korrigierende Mittel, hoffentlich nie mehr verordnet werden, abgesehen davon, daß sie durch ihre Reizungen intra uterum Catarrhe und schwere Genitalstörungen hervorrufen, sind sie für uns auch völlig zwecklos, da sie keinen genügenden Schutz gewähren.

4. Gehören zu den mechanischen Mitteln auch die sogen. Sicherheitsschwämmchen, die ich, um sie genügend zu charakrisieren, „Unsicherheitsschwämmchen" genannt habe. Über sie kann ich wohl zur Tagesordnung übergehen. Auch die

5. Hohlkugeln, die in der Gegend von Kärnthen und Steiermark noch gebraucht werden, sind natürlich unsicher. Das Prinzip der Hohlkugel hat neuerdings Hermann in seinem Occlusivpessar zur Anwendung gebracht.

II. Die **chemischen** Mittel

gehen alle darauf hinaus, durch Anwendung verschiedener, antikonzeptioneller, meist antiseptischer Medikamente die Spermatozoen abzutöten und so eine Befruchtung zu verhindern. Sie sind, bis auf eines, meist unsicherer Natur. Dies eine, das am meisten sichere, hat aber, soweit meine Erfahrungen gehen, noch nirgends Eingang gefunden, trotzdem es in der Anwendung so außerordentlich leicht ist. Es ist dies die Urethrophortube nach Dr. Strebel-München. (Vertrieb: Firma Steinmetz und Co., Köln a. Rh., Eifelst. 33).

Das Mittel ist nicht genug zu empfehlen, es dient 1. zur Behandlung der Gonorrhoe, 2. zur Prophylaxe derselben apud coitum und 3. als neomalthusianisches Mittel. Es besteht aus einer Zinntube mit besonderem Ansatz. In Ermangelung einer langen Beschreibung will ich nur erwähnen, daß man denselben, je nach Bedarf, mehr oder weniger tief in die Harnröhre einsenken kann und durch Pressen den Tubeninhalt — unter Herausziehen des Ansatzes der Harnröhre langsam einverleibt. Natürlich hat dies im antineomalthusianischen Sinne „ante coitum" zu geschehen, ist aber in kurzer Zeit ausführbar. Die ganze Tube nimmt außerordentlich wenig Platz ein und ist ebenso, wie die prophylaktischen Trippermittel (Phallokos etc.) leicht bei sich zu führen. Ich empfehle die Strebel'sche Pastenmischung nur mit verstärktem Protargolgehalt, also:

Protargoli 2,0 (statt Strebel 1,0)
Glycer. 50,0
Bol. alb, 25,0
mf. pasta.

Das Mittel ist auch insofern eins der besten, weil keine Gefühlsstörung, wie bei den mechanischen Mitteln, verursacht wird, also der Coitus in normaler Weise abläuft.

2. Auch den von der Gesellschaft „Viro" vertriebenen Protargolcrême zur Behandlung und Verhinderung der Gonorrhoe habe ich einigemale zwecks Erreichung fakultativer Sterilität verwenden lassen, kann jedoch noch kein abschließendes Urteil mir erlauben.

3. Einen teilweisen Anklang haben die von Kleinwächter-Czernowitz angegebenen Vaginalsuppositorien gefunden; es sind dies Globula mit 10% Borsäure- und Ölzusatz, um sie leichter zerschmelzbar zu machen. Wie schon der Name sagt, werden sie in die Vagina eingeführt und natürlich „ante coitum". Sie sind unsicher und nicht anzuraten. Denn erstens verliert die Borsäure einen Teil ihrer desinfizierenden Kraft in Öl, zweitens verhindert aber das Öl, daß das Antisepticum in alle Schleimhautfalten kommt. Conceptionen bei Gebrauch des Mittels sind daher auch durchaus nichts seltenes. Man hat auch andere Medikamente (Chinin. muriat, Sublimat u. V. A. in entsprechender Konzentration den Globulis zugesetzt. Der Effekt ist derselbe. Eher kann man dieses Mittel noch als unterstützendes Mittel neben Condom resp. Mensinga gelten lassen. Es versagt auch, wie das folgende 3., oft schon aus dem Grunde, weil das Sperma direkt resp. fast direkt durch die Kontraktionen bei der Ejakulation an den während des Orgasmus bei der Frau ausgestoßenen Cristellenschen Schleimstrang gelangt und hiermit in den, wenn auch ad minimum geöffneten Muttermund resp. Cervixcanal gelangt, den genannten Schleimstrang als Gleitfaden benützend.

4. Die sogenannten Scheidenpulverbläser mit antiseptischen Pulvern sind aus eben genannten Gründen ebensfalls höchst unzuverlässig, da, wie jedem Arzt sofort einleuchten wird, das Pulver unmöglich in alle Falten und Winkel der Schleimhaut eindringen kannn.

5. Ebenso sind unzuverlässig Ausspülungen mittelst antiseptischen Flüssigkeiten „post coitum", am besten wirken hier noch die sauren Desinfizientien, weil sie auf das alkalische Sperma lähmend resp. die Spermatozoen tötend wirken wie Chinin. mur; Acid.

mur., Acid. boric., Acid. salic. u. s. f. in einem entsprechenden Zusatz. Volkmann: „Die Lösung der sozialen Frage durch die Frau" hält die Vaginalausspülungen mit Wasser als allein genügend zur Konzeptionsverhinderung. Natürlich ist dies nicht der Fall, obgleich Wasser allein (also nicht die physiologische Kochsalzlösung) schon ein Gift für die Spermatozoen darstellt. Das Mittel scheitert auch oft an der Trägheit der Frau post coitum. Ich lasse bisweilen, um recht sicher zu gehen, trotz Anwendung eines mechanisch konzeptionsverhindernden Mittels, eine Spülung mit saurem Desinfiziens noch post coitum vornehmen, besonders da, wo die Eheleute mir nicht die rechte Sorgfalt zu verwenden scheinen.

Resumiere ich kurz, so bleiben also als beste konzeptionsverhindernde Mittel das Coecalcondom und das Occlusivpessar obenauf. Stößt bisweilen der Arzt bei den Patienten auf Widerstand gegen mechanische Mittel, so ist die Strebelsche Urethrophortube das empfehlenswerteste Mittel.

Es wäre nur noch meine Pflicht, eines — leider sehr verbreiteten, vielleicht sogar des verbreitetsten — konzeptionsverhindernden Mittels zu gedenken, des „Coitus interruptus". Aber wer die Gefahren und Schäden desselben kennt, wird wissen, dass ein Arzt niemals zu solchem raten kann, dass er im Gegenteil, wo er auf Anwendung desselben in der Praxis stößt, die Pflicht hat, von demselben abzuraten. Jedenfalls gehört er nicht in die Reihe der vom Arzt anzuratenden neomalthusianischen Mittel, welche Anschauung außer Beard, „Sexuelle Neurasthenie", (wohl dem einzigen Autor, der Coitus interruptus und Coitus condomatus auf eine Stufe stellt) — heutigen Tages kein Autor mehr teilt.

Noch ein kurzes Wort über die Besprechung der näheren Détails des Praeventivverkehrs mit den Eheleuten. Daß dies keine angenehme Sache ist, viel Takt- und Zartgefühl erfordert, wird jeder zugeben, ja daß diese Besprechung der Frau gegenüber meist unmöglich ist, außer in gewissen Fällen, wo, wie bei Säufern, ich sogar Einlegung eines Mensinga, bisweilen ohne Wissen des Potators, für richtig halte. Ich handle gewöhnlich derartig, daß ich, wenn ich bei einer Frau ein Leiden konstatiert, welches N. verlangt, derselben einfach mitteile: „Ihr Gesundheitszustand erfordert, daß sie keine Kinder mehr bekommen dürfen, wie dies zu geschehen hat, muß ich mit Ihrem Mann besprechen, senden Sie denselben mir zur Sprechstunde zu", und mit diesem allerdings ganz sans gêne genau konferiere. Nur, wenn dieser mich er-

sucht, diese Besprechungen im Beisein seiner Frau zu geben, tue ich dies, mit möglichster Schonung des weiblichen Schamgefühls.

Nach meinen Ausführungen überlasse ich dem Leser sein Urteil, über den medizinischen Neomalthusianismus, ob er ein derartiges Vergehen darstellt, daß das Strafgesetzbuch dagegen sich hätte vorsehen müssen(!), wie der verstorbene Gynaekolog Sänger in seiner Antrittsvorlesung als Professor noch anno 1892 zu Leipzig zu behaupten wagte! Autoren wie Fürbringer, Erb, Hegar, Eulenburg, Blumenreich, Stille, Freud, Otto, Thompson, Volkman, von Oefele, Ferdy, Drysdale, Schoondermark, Kamp, Birbaum, Lepler, Kepler, — doch wer nennt die Namen — stehen als Gewährsmänner auf unserer Seite. Ich schließe meine Deduktionen mit den Mensinga'schen Schlußworten: „Ich beanspruche aber für jeden Arzt, der in Wahrheit Freund und Berater der Familie ist, das unveräußerliche Recht und die Pflicht, nach seinem ureigenen besten Wissen und Gewissen die Grenzen der Progenitur in jedem einzelnen Falle feststellen zu dürfen und danach zu verfahren", denen ich nur hinzufügen möchte, wenn der Gesundheitszustand eines oder beider Ehegatten resp. die hygienische Rücksichtnahme auf die Nachkommenschaft es erfordert.

Über die Folgen der Onanie.

Von Dr. **Moritz Porosz-Budapest.**

(Schluß.)

2. Der Fall des Rechtsadjunkten Dr. M. beleuchtet in sehr lehrreicher Weise auch noch die Entwicklung einer Art von Perversität. Der 25-jährige Patient kam wegen seiner Impotenz zu mir. Er gab an, er hätte mit der Onanie im Alter von 12 Jahren begonnen, ohne daß er davon etwas gewußt oder gehört hätte. An einem heißen Sommertage entkleidete er sich bis aufs Hemd, und legte sich auf den Divan nieder. Er war unruhig, warf sich hin und her und spielte dabei mit dem mit Federn gefüllten, weichen Lederkissen. Das Kissen drückte er zufällig zwischen die Füsse, worauf eine Erektion mit angenehmer Erregung folgte. Er suchte sehr gern die Gelegenheit, das tun zu können. Da dies aber nicht immer durchführbar war, fing er an zu masturbieren. Da er zwei Jahre später überhaupt schon keine Gelegenheit mehr hatte, das Spiel mit dem Kissen zu wiederholen, be

trieb er dann nur die Masturbation. Ejakulationen nahm er erst im Alter von 16 Jahren wahr. Aber 1—2 Jahre früher merkte er schon „irgend ein" schleimiges Sekret. Anfangs wiederholte er sehr oft die Manipulationen. In den letzten Jahren onanierte er etwa dreimal wöchentlich bis zu seinem 23 sten Lebensjahre.

Er wußte; daß das, was er tat, gesundheitsschädlich ist, deshalb nahm er von seinem 18ten Lebensjahre an jedes halbe Jahr einen Coitus vor. Es trat dabei nach schwacher Erektion eine rasche Ejakulation ein. Nicht nur die erfolglosen Versuche, sondern auch der Gedanke an einen Coitus brachte ihn in Aufregung. Er hatte gar kein Verlangen darnach. Nichtsdestoweniger war er dabei so nervös, daß ihm das Blut zu Kopfe stieg und daß er starkes Herzklopfen hatte. Hat man damals zu ihm gesprochen, so hat er davon nichts verstanden. Er konnte nicht percipieren. Auch dies trug dazu bei, daß er, so sehr er auch das Onanieren los zu werden wünschte, es nicht mit einem normalen Coitus ersetzen konnte. Ein unwiderstehliches Verlangen trieb ihn dazu, wenn er sich nackt sah. Schon lange her hatte er ein Vergnügen, wenn er seinen nackten Körper bewundern konnte. Seitdem er aber zum Selbstbewußtsein erwacht ist und seine Handlungen zu begreifen verstand, mied er diese Gelegenheit. Deshalb traute er sich nicht einmal, allein zu baden. Auch später, als er schon das Verlangen nach Onanie zu überwinden im stande war, erweckte eine solche Gelegenheit immer eine allgemeine Erregung und Libido bei ihm. „Vielleicht bin ich an Leib und Seele so erregt, weil ich große Seelenkämpfe zu bestehen hatte, aus Furcht, daß ich nicht widerstehen werde können".

Im Alter von 23 jahren gab er einem Nervenpathologen das Ehrenwort, daß er niemals mehr onanieren werde. Aber der Seelenkampf und die Seelenpein war nicht kleiner, als er schon dem Verlangen nach Onanie zu widerstehen im stande war. Er versuchte, dem Rate eines Arztes Folge leistend, ohne ein Verlangen und einen Reiz zu haben, wöchentlich einmal zu coitieren. Mit diesen mehr oder weniger schlechten Versuchen fuhr er fort, bis er zu mir gekommen ist. Um diese Zeit nahm er manchmal in den Morgenstunden eine schwache Erektion wahr. Die Ejakulation erfolgte nach schwacher Erektion schon nach 2—3 Friktionen. Ab und zu machte er einen Versuch, den Coitus zu wiederholen, aber es ging nur schwer. Die Zahl der Friktionen stieg dabei ein wenig. Erektionen traten aber nicht spontan auf. Zu diesen Wiederholungen sah er sich veranlaßt, weil

er keine Befriedigung fühlte. Nachher erfaßte ihn gewöhnlich eine hochgradige Gemütserregung. Diese Wahrnehmungen und der vollständige Mangel eines Wollustgefühls war auf sein Gemüt von sehr nachteiliger Wirkung. Solche Frauen waren ihm ekel. Er haßte sie, aber er machte, wie „von einer bitteren Medizin" von dem Akte Gebrauch, denn er hatte auch so wenigstens wöchentlich einmal ohne Schlaf und Erektion Pollutionen. Nachdem er das Onanieren aufgegeben hatte, wiederholten sich häufiger die Pollutionen, wöchentlich dreimal. Auch von den Pollutionen machte er sich großen Verdruß. Sie erinnerten ihn immer an seinen leidenden Zustand. Dieses Bewußtsein brachte ihn zur Verzweiflung, daß er sich in letzterer Zeit immer mit Selbstmordgedanken befaßte. Er war verschlossen und verstimmt. Er mied jede Gesellschaft und traute sich nicht mit anständigen Frauen in ein Gespräch einzulassen. Auch intime Freunde hatte er nicht. Wenn er in einem Bureau arbeitete, hatte er zu sich selbst kein Vertrauen, so daß ihn seine Chefs für einen launenhaften Menschen hielten. Überdies verursachte ihm auch noch die materielle Lage seiner Familie große Sorgen, denn er fürchtete, daß er dem in ihm gesetzten Vertrauen nicht Genüge leisten können werde. Großen Kummer verursachte ihm der Gedanke, daß er nicht heiraten können wird. In seinen jüngeren Jahren lernte er rasch und leicht. Die Seelenqualen der letzten Jahre beeinträchtigten seine Lernlust so sehr, daß er gar nicht im stande war, Etwas zu lernen. Als fleißigen und strebsamen Menschen verbitterte auch dieser Umstand ihn unendlich. Seine traurige Zukunft schwebte ihm immer vor Augen. Ständige Zwangsvorstellungen verfolgten ihn. „Es gibt keine Stunde im Tage, in der ich nicht an meine Leiden denken würde". Er fand in nichts Trost, nur die Rücksichten an seine Eltern, die Liebe zu ihnen flößte ihm Kraft ein, so daß er von dem Kaufe eines Revolvers Abstand nehmen konnte. Er hegte Befürchtungen, daß er sein letztes Examen niemals ablegen wird. Diese Angst schien ihm recht begründet zu sein, denn er fing schon oft an zu lernen, aber seine Zerstreutheit und Vergeßlichkeit erschwerten es ihm. Er verlor sehr oft seine Stellungen, weil er oft sehr wichtige Agenden vorzunehmen vergessen hatte. Er war überglücklich, wenn sein Chef Gelegenheit hatte, sich die Überzeugung zu verschaffen, daß er — wenn er in einem günstigen Gemütszustande eine Arbeit vornahm — eine tüchtige, ausdauernde Arbeitskraft ist.

„Der bleiche, magere Patient mit etwas vernachlässigtem Äußern

erzählte stammelnd und mit Tränen in den Augen seine traurige Lebensgeschichte.

Einen Defäkationsausfluß merkte er niemals, aber in dem nach einer Entleerung aufgefangenen Urin fand ich viel Sperma. Er urinierte täglich 7 – 8 mal. Die Prostata ist flach und weich mit etwas konsistenteren Teilen, der rechtsseitige Lappen ist etwas erhabener. In dem nach der Untersuchung entleerten Urin war gesundes Prostatasekret und Sperma vorhanden.

Die Symptome boten das Bild der von mir beschriebenen Prostataatonie.

Die gesteigerte Libido verursachte sehr oft bei ihm eine Urethrorhoe, die namentlich dann sehr stark war, wenn er an einen Coitus dachte.

Diese kurz skizzierten Umstände geben die Erklärung dafür, daß sich der Patient für „das elendste und unglücklichste Geschöpf der Welt" hielt. Und wenn sich einmal das gute Herz eines Arztes einzugreifen veranlaßt sieht, so zählt dieses bedauernswerte Geschöpf zu jenen, die aufrichtiges Mitleid erwecken können.

Die Ursache der hochgradigen Neurasthenie und seines kranken Gemütes fand ich in der Prostataatonie. Bei der Behandlung war nur darauf das Hauptaugenmerk gerichtet.

Ich war bestrebt, auch bei ihm mit Hilfe des faradischen Stromes die Prostata zu tonisieren.

Unter den ersten Symptomen zeigte sich eine gewisse sexuelle Ruhe. Die Harnentleerungen wurden seltener; schließlich urinierte er in 24 Stunden viermal, ausnahmsweise fünfmal. Die Libido nahm ab, aber wenn er coitieren wollte, fühlte er noch immer eine gewisse Unruhe. Der erste Coitus, den er nach achttägiger Behandlung vorgenommen hat, war anhaltender und nachher zeigte sich nur einige Stunden lang der Reiz der sexuellen Gedanken. Nach Verlauf dieser Zeit erfaßte ihn eine gewisse Euphorie. Der Zustand näherte sich immer mehr der Heilung, so daß nach sechswöchentlicher Behandlung der Verlauf des Coitus ein vollkommener normaler geworden ist. Nur der Umstand bereitete ihm Verdruß, daß Erektionen noch nicht spontan aufgetreten sind. Später war er wohl schon auf keinerlei Manipulationen angewiesen, aber der Gedanke beunruhigte ihn noch, daß bei ihm — angeblich — ohne körperliche Berührung sich keine Erektion einstellt.

Er enthielt sich freilich der dem Akte unter normalen Umständen vorangehenden Liebkosungen.

Anfangs war er noch in Ungewißheit über die endgültige Besserung seines Zustandes. Die verschiedenartigen Kuren, die er bisher vorgenommen hat, gaben ihm ab und zu die Hoffnung, daß sie von Erfolg begleitet sein werden. Aber bald kam er zur Überzeugung, daß weder die Wasserkuren, noch die vielen neueren und neuesten Medikamente, auf die er viel Geld ausgegeben hat, ihn von seinen Leiden nicht befreien konnten. Da aber nach achtwöchentlicher Behandlung der gute Zustand noch immer angehalten hat, war er doch mit dem Resultate zufrieden. Ein Jahr lang sah ich ihn jede zweite oder dritte Woche. Das so plötzlich gekommene Glückseligkeitsgefühl, welches ihn in erster Zeit so oft erfreut hat, nahm langsam ab und er gewöhnte sich an das Wohlbefinden und es erfaßte ihn eine ständige Ruhe. Er referierte der Reihe nach über die beobachteten günstigen Symptome. Seine Arbeitslust kam anfangs auf eine kurze Zeit, später auf eine längere zurück. Er fing an zu lernen, immer mit größerer Ausdauer. Auch die Libido war nicht gesteigert, er rief sie nicht umsonst hervor, auch der Anblick des nackten Körpers reizte ihn nicht mehr und er nahm mit Vergnügen wahr, daß die sexuellen Gedanken und die Erinnerungen an das Onanieren ihn keinerlei Seelenkampf kostete. Diesen Zustand störten auch die Pollutionen nicht, die ganz ausgeblieben sind. Einige Monate später acquirierte er Blennorrhoe, die anterior geblieben ist und er abstinierte mehrere Wochen. Während dieser Zeit stellten sich ein- oder zweimal bei ihm Pollutionen ein. Sie traten im Traume über einen normal verlaufenen Coitus auf und alterierten nicht sein Gemüt. Als er ungefähr ein Jahr später in eine Provinzstadt reiste, erklärte er sich mit aufrichtigem Danke für vollkommen geheilt.

3. A. L., 25 Jahre alt, Buchhalter meldete sich bei mir wegen aufgetretener Impotenz und seines nervösen Zustandes. Er erzählte aufrichtig seine Lebensgeschichte.

Er fing als starker großer Junge im Alter von 12 Jahren auf Anraten seiner Kameraden zu onanieren an. Zwei Jahre lang betrieb er es täglich. Später 3—4 mal wöchentlich bis zu seinem 18ten Lebensjahr. Um diese Zeit war er wegen eines Magenleidens zwei Monate bettlägerig. Mittlerweile gewöhnte er sich das häufige Onanieren ab. Er fühlte, daß diese Manipulationen gesundheitsschädlich sind, er kämpfte auch dagegen, aber er konnte es nicht aufgeben. Vor dem

Niederlegen erfaßte ihn eine große Angst, daß er nicht widerstehen wird können, und er hatte deshalb starkes Herzklopfen. Auch dies beunruhigte ihn. Nach seiner Krankheit brachte er es doch so weit, daß er in wachem Zustande nicht onanierte. Aber sobald er eingeschlafen war, beeinflußte das Bewußtsein nicht seine Taten. Sehr oft träumte er ganz gleichgültige Dinge, so z. B. turnte und rannte er und dabei onanierte er. Nach der Ejakulation erwachte er und konstatierte die Spuren. Dieser Zustand verursachte ihm große Sorgen, aber er kämpfte auch dagegen, ohne zu einem Arzte zu gehen. Er schämte sich. Er versuchte auch Hilfsmittel zur Verhinderung der Onanie in Anwendung zu bringen. Aus dickem Pappendeckel machte er eine Hülle um den Penis, daß er mit ihm mit der Hand nicht in Berührung kommen könne. Später wickelte er eine Binde um den Penis und befestigte ihn an den Schenkel, damit eine Erektion nicht auftreten könne. Später machte er von kalten Umschlägen Gebrauch, aber alldies führte nicht zum Ziele. „Wahrscheinlich" nahm er nach dem Einschlafen sofort den Akt vor. Unwillkürlich schaffte er die Hindernisse aus dem Wege und onanierte gegen seinen Willen. In solchen Fällen war er am nächsten Tage sehr gereizt. Müde und ohne Lust verrichtete er seine Arbeit. Sonst war er „ein verständiger, geistreicher Korrespondent". Man hielt ihn im Allgemeinen für sehr launenhaft. Er vertrug sich auch mit seiner Familie nicht. Dies nahm er anfangs gar nicht wahr. Erst später fiel es ihm auf. Er las viel und vieles. Er befaßte sich mit politischen Fragen mit großer Vorliebe, und wenn er etwas gelesen hat, was nicht seinen Beifall hatte, plagten ihn Tage lang die wildesten Gedanken. Er dachte sehr oft an einen politischen Mordanschlag und erst später, als er ruhiger geworden ist, nahm er wahr, daß ihn das eigentlich gar nichts angehe. Aber bis er zu dieser Erkenntnis gekommen ist, verstrichen Jahre. Erst dann sah er ein, daß die Ursache der Erregung mehr in ihm liegt als in dem gelesenen Artikel.

Im Kreise seiner Familie machte die Antipathie viel Verdruß, die er seiner kleinen Schwester gegenüber an den Tag legte. Das unordentliche Essen, namentlich das Schmatzen des kleinen Kindes regte ihn immer sehr auf und deshalb hasste und verfolgte er das unschuldige Kind. Wenn es schmatzte und er es hörte, „wirkte es auf sein Gehirn. Er war aufgeregt, und in der Harnröhre trat ein Krampf auf, dem ein starker Harndrang folgte". Wenn seine kleine Schwester aß, beobachtete er sie aufmerksam und hatte große Angst, daß sie wieder schmatzen

nicht, weil er kein Verlangen darnach hatte. Seither verschlimmerte sich sein Zustand immer und er coitierte jede zweite Woche.

Erektionen hat er weder in der Nacht, noch bei Tag, noch morgens. Wenn er einen Coitus vornehmen wollte, trat nach gewissen Reizen eine schwache Erektion auf, so daß sich die Ejakulation vor der Immission einstellte, die auch rascher erledigt war.

Die Libido ist gesteigert. Sieht er eine schöne Frau, erfaßt ihn ein „innerer Reiz", dessen sexueller Teil kleiner ist, als der allgemeine. Bei Berührung des Körpers, z. B. bei einem Händedruck, stellt sich bei ihm Urethrorrhoe ein. Sein Wollustgefühl ist sehr schwach. Dem Akt folgt nicht das Gefühl der Befriedigung. Er ist nachher körperlich müde, aber sein Geist ist lebhafter.

Pollutionen stellten sich nach dem Magenleiden etwa 3 Monate lang wöchentlich 2—3 mal ein. Sie blieben aber gänzlich aus, wenn er im Schlafe oft onanierte. Ein Defäcationsausfluß beobachtete er schon lange; ihm folgte immer ein unangenehmes Gefühl. Seit einem halben Jahre merkt er, daß er sich auch bei Miktionen einstellt.

Er uriniert 6—7 mal täglich, aber in der Nacht nicht. Die Prostata ist größer, mit stellenweise konsistenten Teilen, welche die Spuren einer verlaufenen Entzündung zeigen. Der nach der Untersuchung entleerte Urin ist dicht, enthält viel Sperma, viel Epithelialzellen, wenig runde Zellen und viel Lecithinkörnchen.

Der Inhalt des nach der Untersuchung entleerten Urins bestärkte mich in der Annahme, daß eine Prostataatonie ohne Prostatitis vorhanden ist. Die Behandlung bestand in der Faradisierung der Prostata mit dem von mir konstruierten Prostatarektalelektrod.

Der Heilungsprozeß nahm einen normalen Verlauf. Die gesteigerte Libido nahm ab, der Defäcationsausfluß hörte nach und nach auf, das nach dem Stuhlgange sich bemerkbar gemachte Gefühl blieb aus, die Nervosität zeigte eine Besserung.

Der wöchentlich vorgenommene Coitus nahm immer einen normalen Verlauf. Dieser Umstand übte auch auf sein Gemüt einen überaus günstigen Einfluß. Zwei Wochen später konstatierte auch seine Umgebung, daß es ihm schon besser geht. Die Arbeitslust stellte sich wieder ein, auch die Ausdauer war anhaltender. Die sexuellen Reize nahmen ab und die Libido stellte sich unter normalen Umständen und Reizen ein. Nach 5 wöchentlicher Behandlung trat sie spontan auf und Ejakulationen erfolgten nach 29—30 Friktionen. Dem Coitus folgte Befriedigung und geistige Frische, und die körperliche Mattigkeit

dauerte nicht länger als eine halbe Stunde. Auch die Unruhe nahm ab, so daß er wieder lesen konnte.

$1^1/_2$ Jahre später ist er schon mit seinem Zustande vollkommen zufrieden. Seine Seelenenergie war schon so stark, daß er sich selbständig machte. Die Arbeiten verrichtet er normal.

Dieser Fall ist ein interessanter Beweis dafür, daß die Folgen der Onanie durchaus nicht so einheitlich sind, wie wir es in den Lehrbüchern finden. Die körperliche Verkümmerung ist keine unbedingte Folge des Uebels. Der Patient ist ein breitknochiger, wohlbeleibter junger Mensch mit einem Körpergewichte von 92 Kilo. Es ist wohl wahr, er war schon ein baumstarker Junge, als er zu onanieren anfing. Daß die lokalen Veränderungen, die Atonie, die Ursache seiner schweren Neurasthenie war, rechtfertigt nicht nur, die nach der Behandlung eingetretene Besserung, sondern auch der Umstand, daß sonstige Reize, wenn sie einen gewissen Grad erreicht haben, direkt auf die Harnröhre einen nachteiligen Einfluß geübt und einen Harndrang hervorgerufen haben. Diese Empfindsamkeit kann man auch mit der gesteigerten Libido in Zusammenhang bringen. Die gesteigerte Libido war die Ursache der unüberwindlichen Leidenschaft. Daß diese, wie auch im ersten Falle, der Anblick der gewohnten Umstände, im Wege der Erinnerung ausgelöst hat, zeigt die Angst, welche ihn vor dem Schlafengehen erfaßte und Herzklopfen zur Folge hatte. Die Verzweiflung solcher Patienten wird dadurch gesteigert, daß sie ihr Leiden nicht erkennen, daß man ihnen nicht glaubt und sie verspottet. Ein wahrer Schlag ist für einen solchen Patienten das Bespötteln, die Nichtbeachtung, die Gleichgültigkeit, mit der der Arzt das Leiden behandelt. Deshalb kann ich die Herren Kollegen nicht genug aufmerksam machen, daß sie sich bei launenhaften jungen Leuten für ihr sexuelles Leben interessieren. Bei älteren Leuten gibt die Familie, der Broderwerb genug Anlaß, launenhaft und nervös zu werden. Junge Leute bleiben deswegen ihrer gesellschaftlichen Stellung zumeist davon verschont.

4. A. Br., 29 Jahre alt, Beamter. Auch der Fall dieses Patienten enthält viel Lehrreiches.

Er klagt, daß ihn seit seinem 14. Jahre häufige Pollutionen plagen. Im Alter von 12 Jahren fing er auf Anregung seiner Freunde zu onanieren an. Ein Jahr lang nahm er diese Manipulationen Tag für Tag vor. Um diese Zeit las er ein Buch über die Onanie und es kostete ihn große Anstrengung, bis er ein Jahr später die Manipula-

tionen einstellte. Während dieser Zeit hatte er oft Harndrang. Nachdem er zu onanieren aufhörte, stellten sich Pollutionen ein. Bis dahin war er ein vorzüglicher Schüler, aber in dem Jahre der Selbstbefleckung fiel er durch. Als sich später Pollutionen einstellten, konnte er nichts begreifen und vergaß Alles. Er hatte ein schwaches Gedächtnis. Er lebte in steter Angst, daß er verspottet wird. Mit Niemanden konnte er sich befreunden und allerhand Krankheitssymptome nahm er an sich wahr. Er wechselte seine Laufbahn einigemal, keine gefiel ihm. Er war zerstreut und unaufmerksam, weshalb er von seinen Chefs oft entlassen worden ist. Er hatte Zwangsvorstellungen. Er hatte Angst, daß „wenn er auf dem Trottoir geht, das Haus einstürzen werde". Deshalb ging er in der Mitte der Fahrstraße. „Das Mittagsessen besteht aus Speiseresten Anderer". Er war immer traurig und zänkisch. Die hochgradige Erregung nahm im 20. Lebensjahre ab, aber dagegen trat „Tölpelhaftigkeit" auf. Er kümmerte sich um nichts, er vernachlässigte sich. Gereizt war er nur, wenn man ihn ärgerte. Am liebsten saß er in einem dunklen Zimmer. So lange es ihm nur möglich war, tat er es.

Er coitierte zum ersten Mal im Alter von 15 Jahren und nahm bis zum achtzehnten Lebensjahre in Intervallen von 1—2 Wochen regelmäßig einen Coitus vor. Später coitierte er öfter auch 2—3 mal wöchentlich, um die Pollutionen zu vermeiden. Der Coitus verlief schlecht, aber er war noch durchführbar. Er heiratete im Alter von 27 Jahren und coitierte wöchentlich, aber er hatte doch noch immer Pollutionen. Bald darauf hatte er im Laufe eines halben Jahres zweimal Blennorrhoeen acquiriert, die angeblich ohne Komplikationen verlaufen sind. Der Harndrang war gesteigert, er stellte sich jede halbe Stunde ein; er urinierte bei unterdrückbarem Reize täglich 8—10 mal, in der Nacht 2—3 mal, in seltenen Fällen auch kein einziges Mal. Der Urin geht am Ende tröpfelnd ab. Erektionen stellen sich ab und zu ein, sie sind schmerzhaft und schwach. Beim Coitus treten woh Erektionen auf, aber sie erschlaffen sofort, so daß er, wenn er einige Tage vor den Pollutionen Ruhe hatte, nach 4—5 Friktionen ejakulierte. Ein anderes Mal brachte er es nicht einmal so weit, sehr oft ejakulierte er vor der Immission.

Das Wollustgefühl pflegt annehmbar zu sein.

Die Libido ist gesteigert. Er kann deshalb nicht ins Theater gehen. Der Anblick schöner Frauen oder pikanter Bilder reizt ihn so sehr, daß er darnach bemüßigt ist zu coitieren. Nach dem Coitus trat

bei ihm einigermaßen Ruhe auf; das Gefühl der Befriedigung stellte sich erst ein, wenn er ein kaltes Bad genommen hat. Manchmal war er auch darnach sehr erregt. Die Pollutionen traten im Alter von 14—15 Jahren wöchentlich zweimal auf. Auch nach Beginn des Coitierens blieb es so, in letzterer Zeit traten sie am folgenden Tage noch in gesteigertem Maße auf. Anfangs hatte er Traumbilder, die bis zu dem Beginn des Coitus dauerten; in diesem Augenblicke pflegte er zu erwachen. Später stellten sie sich ganz ohne Traumbilder ein, so daß er in der Früh, von Unwohlsein geleitet, die Spuren sucht. In solchen Fällen ist er „wie umgewechselt" und es kostet ihm große Anstrengung ins Bureau zu gehen. In diesem Zustande ist er so konfus, daß er sich an die einen Tag zuvor verrichtete oder begonnene Arbeit nicht mehr erinnert. Sein Gedankengang ist „abnormal, gelähmt, träge". Er meidet die Menschen, seine Augen tränen und das verdrießt ihn sehr, denn er fürchtet, daß auch Andere seinen verstörten Blick wahrnehmen. Er ist sehr schwach und hat Rückenschmerzen. An Enuresis litt er nicht. Im Alter von 13 Jahren wurde er wegen des häufigen Harndranges behandelt. Man nahm eine Sondenkur vor und das war anfangs von einigem Erfolg begleitet. Gegen die Pollutionen bekam er tiefe Injektionen, Brom, Cornutin, Hypophosphit, Hydrastis usw. Vom besten Erfolg war die Wasserkur, denn die Reizbarkeit nahm ab, und die Eßlust besserte sich. Seither nahm er oft kalte Bäder, die auf ihn eine beruhigende Wirkung übten.

Die Prostata ist links flach, weich, rechts etwas konsistenter. Das nach der Untersuchung herausströpfelnde Sekret erwies sich als normales Prostatasekret, in dem viel gallertartige Teile und viele Epithelialzellen waren.

Defäkationsausfluß nahm er nicht wahr. Mit Rücksicht auf seinen Zustand trachtete ich gar nicht zu solchem Urin zu kommen, um seine Aufmerksamkeit nicht darauf zu lenken. Ich wußte ja, daß auch Spermatorrhoe vorhanden ist. Um einen bessern Einblick in den Seelenzustand des Patienten zu bieten, sei hier ein Teil seiner Selbstbiographie mitgeteilt.

. . , . Im Alter von 27 Jahren war ich bei einer Fabrik in glänzender Stellung . . . . Am Sonnabend der dritten Woche ging ich nicht in die Fabrik, sondern in die Stadt (man mußte $^3/_4$ Stunden gehen) Von da ging ich direkt zum Bahnhof und fuhr nach Fiume, wo ich drei Wochen lang herumschlenderte, ohne Ziel und Zweck, unbewußt, vielleicht bewußtlos. Ich ging am Meeresufer spazieren, mich der

Naturschönheiten freuend. Manchmal suchte ich auch Abbazia auf. Als ich einmal von dort nach Fiume zurückging, wollte ich mich ins Meer stürzen, um meinen Leiden ein Ende zu machen. Ich ging aber dabei dumm, nervös und ungeschickt vor, so daß die Frauen meine Absicht merkten und um Hilfe riefen. Der Kapitän ließ mich binden und in Fiume angelangt übergab er mich der Polzei. Von allen Seiten machte man mir Vorwürfe, daß ich als gesunder, junger Mann eine Narretei verüben wollte. Niemals taten mir Worte so wehe. Ich? Gesund? Ich?! Ich, dessen ganzes Leben eine Kette von Qualen und Leiden ist, ich, der eine gute Anstellung hat, der eine Zukunft vor sich hat, der alles hat, der glücklich sein könnte, wenn ich keine gebundenen Hände hätte, wenn ich arbeiten könnte, wenn die Pollutionen mir nicht die Fähigkeit zu denken nehmen würden, wenn mich die Pollutionen nicht von dort fortjagen würden, wo man arbeiten mußte . . .

Man fragte mich auf dem Schiffe, was mir fehle . . . Ach, du lieber Gott! Ich konnte doch nicht sagen, daß ich an Pollutionen, Samenfluß leide. — Nun ja, an dem Sonnabend hatte ich Pollutionen. Deshalb ließ ich die Fabrik, die Stellung, mein alles in Stich, denn ich wußte, daß ich an diesem Tage eine große Arbeit zu erledigen habe, die Ruhe und Besonnenheit erheischt, aber ich fühlte, daß ich nicht im stande sein werde, zu arbeiten.

Er wurde nach Bpest befördert. Hier faßte er endlich Mut und ging zum Direktor der Zentralkanzlei, einem guten Freunde seiner Familie.

Er holte ihn wohlwollend aus, bis er die verhängnisvollen Worte stammelte: „Onanie — Pollution".

„Der Direktor war von damals an mein Vater, mein Erzieher, mein Arzt. Er war der Erste, der an mich die Frage richtete, ob ich nicht an Samenfluß leide. Ich zerschlug mich auch mit ihm. Wie konnte ich es mit ihm, der mein bester Freund war, verderben?" –

Er wurde später Soldat, aber er ging vom Dienste durch. Sein Benehmen ließ seine Vorgesetzten vermuten, daß sie mit keinen normalen Menschen zu tun haben. Man beurlaubte ihn. Er kam wieder in Stellung, die er aber verließ, kurz nachdem er eine bedeutende Gehaltserhöhung bekommen hat. Solange er Geld hatte, schlenderte er umher. Dann ging er aufs Land. Er irrte lange bei Tag und bei Nacht auf den Feldern umher: „leben konnte er nicht, sterben noch

viel weniger". In einem äußerst vernachlässigten Zustande kam er zu seinen Verwandten . . .

In seinem nervösen Zustande geriet er einmal in Streit. In dem hitzigen Wortgefechte beging er eine Majestätsbeleidigung, für die er zu dreimonatlicher Freiheitsstrafe verurteilt worden ist.

Die geschilderten klinischen Symptome und der Befund ließen auf eine Prostataatonie, die die primäre Ursache seiner schweren Neurasthenie war, folgern. Deshalb faradisierte ich seine Prostata mit dem Rektalelektrod. Während der $4^1/_2$ wöchentlichen Behandlung hatte er zweimal Pollutionen, die später ganz aufhörten. Der Verlauf des Coitus ist normal geworden. Die Libido nahm ab. Die Erektionen waren schon besser. Sein Allgemeinbefinden war befriedigend, ruhiger. Nach dem Elektrisieren war er frisch und munter, so daß es auch seine Kollegen merkten. Die erotischen Träume wiederholten sich nicht mehr. Er mußte zur Verhandlung seines Prozesses in eine Provinzstadt reisen. Er wurde verurteilt und man sperrte ihn auch sofort ein. Sein Verteidiger verlangte von mir über seinen Zustand ein Zeugnis, aber wie es scheint, wurde es gar nicht berücksichtigt. Seither habe ich ihn nicht gesehen. Über seinen Zustand habe ich keine weiteren Daten.

Auch dieser Fall bietet genügende Anhaltspunkte dafür, daß man, wenn man die Ursache der Nervosität eines jungen Mannes sucht, an bas sexuelle Leben nicht vergessen darf. Viel unverständliche Dinge werden verständlich, wenn wir unser Augenmerk auch darauf richten.

Aus diesen Fällen ist auch das ersichtlich, daß die These, nach der die Onanie durch den Reiz auf die Rückenmarkszentren gefährlich wird, hinfällig wird. Die das Onanieren unterlassen, kommen durch die übermäßige Spermaproduktion zu Pollutionen. Zur Zeit ihres seltenen Auftretens können sie sozusagen als physiologisch bezeichnet werden. Erst später, wenn die Atonie der Prostata bezw. der Samenblasensphinkteren beginnt, nahmen die schweren Folgen ihren Anfang. Die alltägliche Onanie müsse ja aus mehreren Ursachen auf die Zentren einen größern Reiz ausüben, als die Pollutionen, die von Traumbildern begleitet werden, und die auch seltener kommen, als man die Onanie betreibt. Im fortgeschrittenen Stadium begleitet sie ja nicht einmal des Reiz eines Traumbildes und doch ist die Wirkung eine viel größere. Je schwächer die Sphinkter spermatocystae sind, um so größer ist die Libido, um so mehr stört sie die Gemütsstimmung des Patienten. Nicht die Pollutionen rufen den Rückenmarksreiz hervor.

Sondern die Angst, die Sorgen, die das Gemüt des Patienten beunruhigen, führen zur sexuellen Neurasthenie. Ein solcher Neurastheniker — Siehe Fall 4 — leidet vielmehr unter der Befürchtung, daß auch Andere seinen Gemütszustand und seinen Blick als „gestört" erkennen werden, als von dem zentralen Reiz, den die Pollutionen, deren Spuren er morgens erkennt, hervorrufen. Wenn man in dem zentralen Reize die Ursache suchen müßte, würde das Unterlassen der Onanie den Reiz mäßigen. Es geschieht aber gerade umgekehrt.

Nach längerer Pause ruft die gesteigerte Spermaproduktion die Pollutionen hervor, die sich mit der Zeit oft wiederholen. Und die damit einhergehende Verschlimmerung der Potenz und die anderen kleineren Unannehmlichkeiten fesseln die Aufmerksamkeit des Patienten und bringen ihm die Bedeutung seines Leidens zum Bewußtsein.

Die Einzige, was vielleicht auch auf die Zentren wirkt, ist die gesteigerte Libido. Als Gefühl macht sie den Patienten viel Ungelegenheiten, aber auch das ist fraglich. Und doch bildet dies nicht den Kern der Klagen des Patienten, sondern die Pollutionen, die ohne Erektionen und Traumbilder oft nur durch einen Zufall konstatiert werden. Solche und ähnliche Fälle beleuchten einigermaßen jene Fälle, in denen die jungen Ehemänner nach mehrtägiger Ehe Selbstmörder werden — aus unbekannten Gründen.

Ich will hier nur eines Falles gedenken. Ein Patient erzählte mir, der Umstand, daß ihn ein Kollege, der an ähnlichen sexuellen Störungen gelitten hat, von seiner Verlobung verständigte, hätte ihn ihm die Vermutung aufkommen lassen, er sei schon geheilt. Er beneidete ihn, denn es war eine Liebesheirat und dazu hatte er auch noch ein großes Vermögen. Und doch schoß er sich am fünften Tage seiner Ehe eine Kugel in den Kopf. Niemand hatte eine Ahnung, warum er es getan. Er aber ahnte die Veranlassung.

So schwer auch die aufgezählten Fälle sind, darf man doch nicht annehmen, daß die Folgen der Onanie immer so schwere sind. Jedenfalls ist die Individualität des Betreffenden für die Folgen von großer Wichtigkeit; davon hängt alles ab, wie der Patient die Pollutionen oder die Onanie auffaßt. Drei von den Patienten waren sogar zu Militärdiensten geeignet, ein Beweis, daß ihre körperliche Entwicklung keinen solchen Schaden erlitten hat, wie man es nach übermäßiger Onanie hätte erwarten dürfen, wenn man von theoretischem Gesichtspunkte ausgeht. Das Gemüt ist es, das den Patienten krank macht. Das unruhige Gewissen, die hoffnungslose Zukunft, die Geheimtuerei, stören

das Gemüt des Patienten. Kümmert sich aber der Betreffende nicht viel darum oder er kann die Bedeutung nicht begreifen, bleibt die schwere Neurasthenie aus. Es gibt auch solche Fälle.

Ein 32jähriger Husaren-Kapitain erzählte mir, sein Kindermädchen hätte, als er 4 Jahre alt war, mit der Hand an seinem Penis manipuliert. Der hervorgerufene Reiz war angenehm — ihm und dem Kindermädchen. Später nahm sie seinen Penis in den Mund, was ihm sehr wohl tat, deshalb verschwieg er die Sache. Im Alter von 6 Jahren traten Erektionen auf, wenn ihn die Frauen in den Schoß nahmen und ihn liebkosten. Im Alter von 8 Jahren versuchte er auf Anraten seiner Spielgenossen zu onanieren. Der Reiz war angenehm, deshalb onanierte er täglich einigemal. Im Alter von 9 Jahren pflegte noch das Kindermädchen, wenn sie allein waren, den Penis in den Mund zu nehmen. Später nahmen sie gegenseitig Masturbationen vor. Im Alter von 10 Jahren traten schon Ejakulationen auf. Die Schamhaare fingen schon im Alter von 8 Jahren zu wachsen an, so daß er im Alter von 10 Jahren ein vollkommen entwickelter Mann war. In diesem Alter reizte ihn der Anblick der Steigung Deckhengste oder mangelhaft gekleideter Bauernmädchen. Der Anblick letzterer löste einen solchen Reiz bei ihm aus, daß ihm „das Wort in der Kehle stecken blieb, ohne daß er vom Coitus nur eine Ahnung gehabt hätte". Im Alter von 10 Jahren coitierte er zum ersten Mal, aber der wahrgenommene Foetor machte ihm die Sache ekel. Er spielte wohl gerne mit den Bauernmädchen, aber er hatte vor dem Foetor eine Höllenangst. Deshalb coitierte er nicht, sondern er onanierte bis zu seinem 14. Lebensjahre. Nachdem er das Onanieren eingestellt hatte, traten Pollutionen auf. Auch noch im Alter von 16 Jahren traten sie wöchentlich 2—3 mal, manchmal in einer Nacht auch mehreremal auf, obgleich er sehr oft coitierte. Im Alter von 16 Jahren fiel es ihm auf, daß die Potenz, von deren Unvollkommenheit er bisher nichts wußte, geschwächt ist, so daß er den Akt nicht wiederholen konnte. Im Alter von 17 Jahren coitierte er 4 Monate lang täglich. Der Coitus verlief rasch, aber später schien sich der Verlauf gebessert zu haben. Vom 17. bis zum 24. Jahre lebte er sehr unregelmäßig. Er trank viel, er coitierte oft, aber ohne System. Nachher führte er 1 Jahr lang ein ordentlicheres sexuelles Leben. Im Alter von 25 Jahren heiratete er; drei Monate lang coitierte er täglich. Seine Frau wurde krank und er abstinierte $^3/_4$ Jahr. Während dieser Zeit hatte er Pollutionen. Im Alter von 27 Jahren verkehrte er wöchentlich 1—2 mal mit Frauen,

aber er abstinierte auch Wochen lang. Im Alter von 29 Jahren coitierte er $^1/_2$ Jahr lang wieder täglich. Später nahm er immer nur 1—2 mal monatlich einen Coitus vor. Aber diese Akte ließen schon viel zu wünschen übrig.

Morgens hat er niemals Erektionen; sie stellten sich manchmal in wachem Zustande ein. Beim Coitus trat erst nach längerer Zeit eine schwache Erektion auf, die während der Coiten noch schwächer geworden ist. Ejakulationen waren nicht rasch und periodisch; nachher hörte die Erektion auf. Das Gefühl der Befriedigung trat nicht auf, denn das Wollustgefühl war sehr schwach, der Anblick einer schönen Frau reizt ihn wohl, aber es stellt sich weder Erektion noch Urethrorrhoe ein, manchmal erst nach längerer Zeit.

Er uriniert täglich 5—6 mal, es endet tröpfelnd, aber man kann auch einen schwachen Nachspritzer wahrnehmen. Im Alter von 18 Jahren hatte er eine 5 Jahre anhaltende Blennorrhoe. Während dieser Zeit hatte er 8 mal Epididymitis, 6 mal linksseitige, 2 mal rechtsseitige. Im Alter von 26 Jahren infizierte er sich mit Lues zusammen noch einmal und auch während dieser Zeit hatte er eine Epididymitis.

Auf eine mäßig eitrige Prostatitis hinweisende Eiterzellen fand ich, aber Sperma nach einmaliger Untersuchung nicht.

Obgleich er als leichtlebiger und leichtsinniger Offizier die bekannten Perversitäten versucht hat, zeigte er dafür gar keine Neigung, sondern er gab dem normalen Coitus den Vorzug. Daß dieses fürchterlich kritische Vorleben bei ihm keine Veränderung hervorgerufen hat, ist dem Umstande zuzuschreiben, daß er ein lustiges Leben führte, an Reit- und Fechtübungen teilnahm und so seinen Körper stählte. Solange er unmäßig coitierte, wußte er gar nicht, daß die Potenz nicht normal ist. Dies fiel ihm erst dann auf, als er damit Maß zu halten anfing. Die aufgetretenen kleineren Impotenzstörungen fielen ihm auf, aber wie es scheint, hat ein neuerdings angeknüpftes Verhältnis seine Lage erträglich gemacht.

Auch solche Fälle sind möglich — ut figura docet.

II. Notizen.

Das von Dr. **E. Graetzer-Sprottau** verfaßte „Vademecum für die Kinderpraxis" hat der bekannte New-Yorker Kinderarzt Dr. Hermann B. Sheffield ins Englische übertragen.

In der Arbeit von Dr. **Jooß-München** über „Keratosis der Harnröhre" muß es am Schlusse heißen: 1‰ Suprareninlösung, statt 1% Suprareninlösung (siehe Heft 1 dieser Monatsschrift).

Bund für Mutterschutz.

Aufruf.

Unsere Zeit läßt dem Kranken und Siechen mehr öffentliche Pflege angedeihen, als irgend eine frühere, duldet daneben aber Zustände, die erst den Niedergang des von Natur Gesunden zur Folge haben. Man empfiehlt Eheverbot für organisch Kranke und befürwortet Staatsprämien für Eheschließungen gesunder jugendlicher Personen, um den Bevölkerungszuwachs zu verbessern. Wir haben aber bereits heute einen trefflichen Nachwuchs, den wir nur kläglich zugrunde gehen lassen:

Rund 180000 uneheliche Kinder

werden jährlich in Deutschland geboren, nahezu ein Zehntel aller Geburten überhaupt. Und diese gewaltige Quelle unserer Volkskraft, bei der Geburt meist von hoher Lebensstärke, da ihre Eltern in der Blüte der Jugend und Gesundheit stehen, lassen wir verkommen, weil eine rigorose Moralanschauung die ledige Mutter brandmarkt, ihre wirtschaftliche Existenz untergräbt und sie damit zwingt, ihr Kind gegen Bezahlung fremden Händen anzuvertrauen, — ein Zustand, dessen verhängnisvolle Konsequenzen jüngst wieder der Prozeß Wiese, Hamburg, uns kraß vor Augen geführt hat.

So sterben denn bereits in und vor der Geburt 5 % der unehelichen Kinder gegen 3 % des Reichsdurchschnittes, im ersten Lebensjahre 28,5 % gegen 16,7 %, so daß überhaupt nur ein geringer Bruchteil zur Reife erwächst. Wie dessen weitere Entwicklung sich aber gestaltet, geht daraus hervor, daß von den als verwahrlost der Zwangs-Fürsorge-Erziehung übergebenen Kindern nicht weniger als 17 % unehelich waren! Und während nur ein verschwindender Prozentsatz als militärtauglich befunden wird, rekrutiert sich die Welt der Verbrecher, Dirnen und Landstreicher zu einem erschreckenden Teil aus unehelich Geborenen. So züchten wir durch ein unbegründetes moralisches Vorurteil künstlich ein Heer von Feinden der menschlichen Gesellschaft. Dabei ist die Geburtenziffer an sich in Deutschland in relativem Rückgang begriffen: Auf 1000 Lebende entfielen 1876 noch 41 Geburten, 1900 nur noch $35^1/_2$! Die sorgsame Erhaltung jedes gesund geborenen Kindes ist also in jeder Hinsicht ein Gebot rationeller Rassenhygiene und wichtig für die Erhaltung unserer Volks-Kraft und -Gesundheit.

Man hat uun versucht, mit Kinderkrippen, Findelhäusern u. dergl. hier einzugreifen. Aber Kinderschutz ohne Mutterschutz ist und bleibt Stückwerk; denn die Mutter ist die kräftigste Lebensquelle des Kindes und zu seinem Gedeihen unentbehrlich. Wer ihr Ruhe und Pflege in ihrer schwersten Zeit gewährt, ihr eine wirtschaftliche Existenz für die Zukunft sichert, sie vor der kränkenden und das Leben verbitternden Verachtung ihrer Mitmenschen bewahrt, der schafft damit auch die Basis für leibliches und geistiges Gedeihen des Kindes und zugleich einen starken sittlichen Halt für die Mutter selbst. Dies will der

Bund für Mutterschutz:

Er will Heimstätten schaffen, in welchen alle gesunden und arbeitswilligen unehelichen Mütter willkommen sind, die den ernstlichen Wunsch haben, ihre Kinder zu gesunden und nützlichen Menschen selbst zu erziehen. Tunlichst auf dem Lande oder in ländlichen Vororten der Städte sollen sie in gärtnerischer Bodenbearbeitung, in landwirtschaftlichen Nebenbetrieben oder in gesundheitlich einwandsfreier gewerblicher Tätigkeit wirtschaftliche Selbständigkeit gewinnen, unter gleichzeitiger Fürsorge für eine zweckmäßige Pflege und Erziehung der Kinder, Gewährung von Rechtsschutz und ärztlicher Hülfeleistung. Die Erfahrung hat gezeigt, daß ein derartiges Vorgehen auch den Wünschen vieler Väter entspricht und dazu beiträgt, deren Beihülfe und Interesse für Mutter und Kind zu erhalten. Hand in Hand mit diesen Maßnahmen sollen ein umfassender gesetzlicher Mutterschutz, eine allgemeine Niederkunftsversicherung u. ä. Ziele in Angriff genommen werden.

Um diese Bestrebungen aber planmäßig und auf breitester Basis verfolgen zu können, ist die tätige Hülfe und Beteiligung weiter Volkskreise unerläßlich. Deshalb richten die Unterzeichneten an alle ihre Mitbürger die dringende Aufforderung, durch ihre praktische Mitarbeit und finanzielle Unterstützung die Erreichung unseres Ziels zu sichern und zu beschleunigen.

Dr. med. A. Blaschko, Berlin.
Dr. phil. Hugo Boettger, M. d. R., Berlin-Steglitz.
Dr. phil. Walter Borgius, Groß-Lichterfelde.
Lily Braun, Berlin.
Ruth Bré, Hermsdorf a. Kynast.
Gräfin Gertrud Bülow v. Dennewitz (Gisela v. Streitberg), Dresd.
Dr. M. G. Conrad, München.
A. Damaschke, Berlin.
Hedwig Dohm, Berlin.
Prof. Dr. Chr. v. Ehrenfels, Prag.
Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Erb, Heidelberg.
Arbeitersekretär A. Erkelenz, Düsseldorf.
Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Eulenburg, Berlin.
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Flechsig, Leipzig.
Prof. Dr. Max Flesch, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. med. A. Forel, Zürich.
Prof. Dr. E. Francke, Berlin.
Henriette Fürth, Frankfurt a. M.
Dr. med. Agnes Hacker, Berlin.
Dr. med. Wilh. Hammer, Berlin.
Geh. Rat Prof. Dr. med. Hegar, Exzellenz, Freiburg i. B.
Frau Syndikus Clara Hirschberg, Berlin.
Prof. Dr. jur. Jos. Kohler, Berlin.
Dr. med. Landmann, Eisenach.
Maria Lischnewska, Spandau.
Geh. Justizrat Prof. Dr. v. Liszt, Berlin-Charlottenburg.
Amtsrichter Dr. Lucas, M. d. R., Langenselbold.
Dr. med. Max Marcuse, Berlin.
Dr. med. Mensinga, Flensburg.
Gutsbesitzer u. Bezirksamtsassessor a. D. H. Meyer, München.
Prof. Dr. Bruno Meyer, Berlin.
Metta Meinken, Bremen.
Klara Muche, Merxheim a. d. Nahe.
Frl. Dr. med. Moesta, Leipzig.
Landgerichtsrat Müller, M. d. R., Meiningen.
D. theol. Friedrich Naumann, Berlin-Schöneberg.
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Neisser, Breslau.
Dr. med. Franz Oppenheimer, Berlin-Wilmersdorf.
Prof. Dr. med. Pelman, Bonn.
Dr. med. Alfred Plötz, Berlin-Schlachtensee.
Dr. phil. Heinz Potthoff, M. d. R., Berlin-Charlottenburg.
Frau Dr. Rabinowitsch-Kempner, Berlin.
Gabriele Reuter, Berlin.
Dr. med. Carl Ries, Stuttgart.
Adele Schreiber, Berlin-Charlottenburg.
Heinrich Sohnrey, Berlin-Steglitz.
Prof. Dr. phil. W. Sombart, Breslau.
Frau Marie Stritt, Dresden.

Dr. phil. Helene Stöcker, Berlin-Wilmersdorf.
Irma v. Troll-Borostyani, Salzburg.
Prof. Dr. jur. Max Weber, Heidelberg.
Dr. phil. Bruno Wille, Friedrichshagen.
Dr. med. L. Wilser, Karlsruhe.
Dr. phil. et med. L. Woltmann, Eisenach.

Der Erwerb der Mitgliedschaft erfolgt durch formlose Anmeldung bei der Geschäftsstelle unter gleichzeitiger Übersendung eines — von jedem einzelnen nach seiner wirtschaftlichen Lage selbst zu bestimmenden — Jahresbeitrags, dessen Quittung als Mitgliedskarte gilt. Um möglichst weiten Kreisen die Teilnahme zu ermöglichen, werden Beiträge bis zu 1 Mk. herab entgegengenommen. Doch bitten wir dringend alle besser situierten Freunde unserer Bestrebungen, diese durch Zuwendung reichlicher Mittel zu fördern. Im Hinblick auf die Kosten der ersten Propaganda, sowie der ersten Einrichtung von Mutterkolonien werden einmalige größere Beiträge mit besonderem Danke angenommen.

Ferner sind uns besonders willkommen Meldungen von Freunden der Sache, welche bereit sind, die (sich bereits meldenden) ledigen Mütter mit ihren Kindern aufzunehmen, sie event. in ihrem Wirtschaftsbetriebe zu beschäftigen oder ihnen sonst eine (sei es auch nur vorläufige) Unterkunft und Existenz zu beschaffen, ferner uns geeignete Siedelungsterrains nachzuweisen, Arbeitsgelegenheit zu vermitteln.

Die Gründung von Ortsgruppen, Einsetzung lokaler Vertrauenspersonen, Veranstaltung von öffentlichen Versammlungen, Herausgabe eines Organs und sonstige propagandistische Tätigkeit durch Wort und Schrift werden in Kürze in Angriff genommen werden.

Die Geschäftsstelle: Dr. Max Marcuse, Berlin W., Leipzigerstr. 24.

SANATOGEN

wirksamstes Kräftigungsmittel
und
zuverlässiges Nerventonicum

Indiciert bei

Sexual-Neurasthenie

Impotenz, Syphilis und Quecksilber-Kachexien
sowie Erschöpfungszuständen aller Art.

Den Herren Aerzten Literatur und Proben gratis und franco
von **BAUER & Cie**, Sanatogenwerke, **Berlin SW. 48.**

XEROFORM. **Bester Ersatz für Jodoform.** Absolut ungiftig, im Gebrauch geruchlos, keimfrei, nicht reizend kein Ekzem erzeugend, schmerz- und blutstillend. Kräftiges Desodorans, eminent austrocknend und epithelbildend. **Spezifikum bei Ulcus cruris, nässenden Ekzemen, Intertrigo, Verbrennungen.** — Sparsamer Verbrauch, daher billig in der Anwendung.

Salocreol. Zu Einpinselungen bei **Erysipelas faciei** und Einreibungen bei Lymphadenitis, besonders bei skrofulösen Drüsenanschwellungen.

Itrol (Billige Silbertherapie bei **Gonorrhöe** und venerischen Geschwüren). —

Collargol (Sepsis, Furunkulosis).

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Sapolentum Hydrarg. Görner

zur farblosen Quecksilber-Schmierkur

Bewährter Fortschritt!

ist in Gelatinekapseln dispensierte 33 1/3 % Quecksilbersalbe löst sich in Wasser.
Der Körperteil ist nach der Bearbeitung

farblos, sauber und geruchlos.

Hauptvorzüge gegen Unguentum cinereum:
Unveränderliche Haltbarkeit und **Kontrolle** des **Masseurs.**
Ambulante Behandlung ohne Berufsstörung des Patienten.
Zuverlässige Wirkung, welche von Dr. Max Josef klinisch erprobt, in wissenschaftlichen Arbeiten besprochen und von Dr. A. Blaschko und vielen anderen Autoritäten lobend anerkannt ist.
(Derm. Centralbl. 1898 No. 6. Dtsch. Ärzte-Ztg. 1900 H. 8 und 1901 H. 2. Berl. klin. Wochenschr. 1900 No. 51 und 52. Lehrbuch d. Geschlechtskrankheiten, Dr. Max Joseph, III. Aufl. 1901).
Preis für 1 Schachtel mit je 10 Kapseln: à 3 gr. = 1.50, à 4 gr. = 1.75, à 5 gr. = 2 M., wie ungt. cinер. in Papier.
Zu beziehen durch alle Apotheken oder direkt von

Görner, Hofapotheker, **Berlin W.,** Ansbacherstr. 8.

Kein Vehikel befördert die Resorption wie **VASOGEN**

Jod-Vasogen
6 % u. 10 %.

Innerlich und äußerlich an Stelle von Jodkali und Jodtinktur. Schnelle Resorption, energische Wirkung; keine Nebenwirkungen; keine Reizung und Färbung der Haut.

30 gr. Mk. 1.—, 100 gr. Mk. 2.50.

Hg.-Vasogen-Salbe
33 1/3 % u. 50 %.

enthält das Hg. in feinster Verteilung, wird schnell und vollkommen resorbiert, daher kein Beschmutzen der Wäsche, unbegrenzt haltbar und billiger als Ung. cinер.

In Gelat.-Kaps. à 3, 4 u. 5 gr.

Da wertlose Nachahmungen vorhanden, bitten wir, stets unsere Original-Packung („Pearson") zu ordinieren.

Vasogenfabrik Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg.

Anthrasol.

Gereinigter, farbloser Teer.

Anthrasol ist ein leichtflüßiges, hellgelbes Öl mit spezifischem Teergeruch, wird schnell resorbiert und besitzt größere Tiefenwirkung als gewöhnlicher Teer. Anwendung: wie Steinkohlenteer bei Ekzem, Pruritus, Lichen, Scabies usw.

Literatur und Muster zu Diensten.

Knoll & Co., chemische Fabrik, Ludwigshafen a. Rh.

ttgart.
n, Leipzig-Reudnitz

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—) Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 31.

Heft 4. **April 1905.** Jahrgang II.

Inhaltsübersicht.

I. **Originalarbeiten:**

1. *Hans Pollock-Freiburg i. Br.:* „Zur Technik der Endoskopie." (Mit einer Abbildung.)
2. *Benninghoven-Berlin:* „Über Jodfersan bei Lues."
3. *Julian Marcuse-Mannheim:* „Zur Behandlung der Gonorrhoe."
4. *Ries-Stuttgart:* „Bericht über den II. Kongreß der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, München den 17. u. 18. März 1905."
5. *Steinborn-Thorn:* „Einige dunkle Punkte in der gegenwärtigen Lehre von der Syphilis."
6. *M. Lavaux-Paris:* „Über die Anästhesierung der Nieren und oberen Harnwege."

II. **Referate:**

1. *v. Reuß:* „Ein Fall von orthotischer Albuminurie im Anschlusse an Nephritis."
2. *M. Thiemich:* „Über den Einfluß der Kalisalze auf die Eiweißausscheidung bei Nephritis."
3. *L. Bolton Bangs:* „Hematuria as a symptom of Hydronephrosis." Nephrectomy. Cure.
4. *Max Petrenz:* „Über multiple Adenombildung in Schrumpfnieren."
5. *France:* „A Case of Criptorchidism."
6. *Rosenberger:* „Presence of Tubercle Bacills in the Urine of Patients suffering with Pulmonary Tuberculoce."
7. *Georg Berg:* „Styptol in der urologischen Praxis."
8. *R. Kaufmann:* „Über Styptol und seine Anwendung bei Blutungen der Harnorgane."
9. *Alfr. Götzl:* „Die Behandlung der Enuresis mit epiduralen Injektionen."
10. *Kornfeld:* „Zur Ätiologie und Klinik der Bakteriurie."

11. *C. Polletzer:* „Kreuzschmerz und Dysurie bei kranken Frauen."
12. *J. Straßburger:* „Der qualitative Nachweis des Zuckers im Urin."
13. *Emil Herrmann:* „Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Bubonen."
14. *R. Lucke:* „Zur Behandlung der Trippermetastasen des Mannes."
15. *C. Brehmer:* „Über Gonococcensepsis der Neugeborenen."
16. *Galewsky:* „Über lösliches Kalomel (Kalomelol)."
17. *Löwenfeld:* „Über sexuelle Abstinenz."
18. *v. Dühring:* „Über Quecksilberwirkung."
19. *Unschuld:* „Noch eine Mitteilung über Balsamum peruvianum."
20. *Lieven:* „Therapeutische Notizen zur Syphilisbehandlung."
21. *Alfred Langen:* „Kasuistische Beiträge zur Lehre vom Exhibitionismus."
22. *L. Tobler:* „Über funktionelle Muskelhypertrophie infolge exzessiver Masturbation."
23. *C. Hamburger:* „Zum § 218 des Reichs-Strafgesetzbuches."
24. *W. Zeuner:* „Neuere Mittel zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten."
25. „Berliner Dermatologische Gesellschaft." (Sitzungsberichte vom 10. Januar 05 und vom 14. Februar 05.)

III. **Besprechungen:**

1. *Otto Mankiewicz:* „Kunstbuch."
2. *Fr. Hißbach:* „Neue Mittel und Wege zur Heilung der Zuckerkrankheit."

I. Originalarbeiten.

Zur Technik der Endoskopie.

Von Dr. **Hans Pollock-Freiburg i. Br.**

(Mit einer Abbildung.)

Trotzdem manche Urologen den wirklichen Wert der Endoskopie gering anschlagen, hat diese Untersuchungsmethode in der Urologie doch festen Fuß gefaßt, und es sind eine ganze Anzahl von Instrumenten entstanden, welche die Technik dieses Verfahrens verbesserten, sodaß jetzt sehr vollkommene, den weitgehendsten Ansprüchen genügende Apparate im Gebrauch sind. So wichtig wie ein gutes Funktionieren des Instrumentes selbst, ist wohl auch die gute Reinigung des Gesichtsfeldes, wenn man deutliche Bilder erhalten will. Ich glaube aber nicht, daß das jetzt gebräuchliche Tupfermaterial und seine Anwendung Anspruch auf Vollkommenheit machen können. Es dürfte wohl wenig Urologen geben, welche mit den Wattetupfer nicht einmal unangenehme Erfahrungen gemacht hätten, sei es, d dieselben sich leicht auffaserten und Reste davon in der Harnr zurückblieben, oder daß sie sich ganz von den Tamponträgern

streiften. Geschieht es bei der Endoskopie des vorderen Harnröhrenabschnittes, so wird die Watte durch das Harnen leicht entfernt. Tritt dieser unangenehme Zufall aber bei der Untersuchung des hinteren Harnröhrenabschnittes ein, dann kommt es zu starken Reizerscheinungen und quälendem Harndrang, bis endlich die Watte die Harnröhre *per vias naturales* verlassen hat. Ich selbst habe leider dreimal den Wattetampon in der hinteren Harnröhre verschwinden sehen, ohne ihn mit der Fremdkörperzange wieder fassen zu können. Ich verwendete die von den meisten Autoren (Kollmann, Oberländer, A. v. Frisch, Joseph, Casper, Scholz u. A.) angegebenen Wattetupfer, die an einen, mit Gewinde versehenen Drahtstab angedreht werden. Um ein Abgleiten zu verhindern, ließ ich die Stäbchen vorn mit Widerhaken versehen, doch ohne Erfolg. Dann konstruierte ich mir einen Halter nach dem Muster des Sims'schen Schwammhalters und erhielt so ein Instrument, das dem Grünfeld'schen Tamponträger sehr ähnlich ist. (Ich fand G.'s Modell später in einem Katalog und wundere mich,

daß dieses Instrument in keinem der modernen urologischen Werke erwähnt ist). Dieser Halter hielt nun die Watte fest, doch konnte er ein Auffasern derselben auch nicht verhindern, da die Watte ziemlich locker gerollt sein muß, wenn sie gut aufsaugen soll.

Ich suchte nun nach einem anderen Tupfermateriał. Durch das freundliche Entgegenkommen der bekannten Verbandstofffabrik Paul Hartmann (in Heidenheim in Württemberg) war ich in der Lage, verschiedene Arten von Tupfern ausprobieren zu können. Als besten Ersatz für die Wattetupfer fand ich eine Kombination von Gaze und Zellstoffwatte[1]), und zwar so, daß ein Röllchen von Zellstoffwatte mit einer Schicht Gaze überzogen ist.

Diese Tupfer haben sich mir sehr gut für die Endoskopie be-

[1]) Zellstoffwatte besteht aus der für die Papierfabrikation Verwendung findenden Cellulose. Diese wird durch Bearbeitung im „Holländer" in eine Breimasse verwandelt und so auf einer einfachen Papiermaschine in poröse Form gebracht, die man im trockenen Zustand mehrfach über einander schichtet, bis die Dicke der Zellstoffwatte, wie sie in den Handel kommt, erreicht ist.

währt und dürften wohl auch für otologische und rhinologische Zwecke gut verwendbar sein. Sie sind 2 cm lang und haben einen Durchmesser von 0,5 cm, sodaß sie für die Tuben von 23 Ch. an gut passen. Den Tubus 21 Ch. habe ich nicht berücksichtigt, da ja nach den Untersuchungen von Kollmann und Oberländer[1]) nur 2—3% von 300 untersuchten Patienten ein so enges *orificium ext.* hatten, daß der Tubus 23 nicht anwendbar war. In diesen Fällen würde ich, wenn eine Endoskopie nötig ist, immer die Meatotomie vorausschicken, da das durch den Tub. 21 gelieferte Bild doch nicht viel erkennen läßt.

Die Zellstoffwatte-Tupfer haben folgende Vorteile:

Sie saugen die Flüssigkeit im Tubus (Schleim, Blut, Gleitmittel) viel besser und schneller auf wie die gewöhnliche Watte. Dadurch wird das endoskopische Bild deutlicher. Matte, glanzlose Stellen, Epitheldefekte, entzündete Littre'sche Drüschen werden besser erkennbar, unangenehme Lichtreflexe werden vermieden, Insbesondere werden die störenden Blutungen bei der Endoskopie der hinteren Harnröhre schnell beseitigt, zumal, wenn man den Tupfer etwas liegen läßt, damit er sich gut vollsaugen kann. Ein weiterer Vorteil ist der, daß die Vorbereitung zur Endoskopie wesentlich verkürzt wird. Bisher mußte man sich die Tupfer unmittelbar vor der Endoskopie aus steriler Watte selbst herstellen und an die Drahtstäbe andrehen, wobei es wohl öfters vorkam, daß sich einige Tupfer beim Gebrauch als für den betreffenden Tubus zu dick erwiesen und unbrauchbar waren (übrigens bot dieses Andrehen der Watte eine zweifelhafte Garantie für die Asepsis). Wurden die Tupfer aber schon an den Stäbchen befestigt sterilisiert, so lockerten sie sich leicht auf und mußten vor dem Gebrauch nochmals festgedreht werden. Diese Übelstände vermeiden diese neuen Tupfer, da sie alle gleich dick sind und sich weder beim Sterilisieren noch während der Aufbewahrung auflockern. Sie werden, da sie immer gebrauchsfertig bereit liegen, vor der Endoskopie in den Haltern befestigt und zwar so, daß die Branchen nur die halbe Länge derselben bedecken und das freie Ende der Gaze, welche mit keinem Bindemittel an der Zellstoffwatte befestigt ist, direkt unter eine der Branchen zu liegen kommt. Dann wird der Ring des Halters vorgeschoben. Welche Anzahl von Tupfern für die Endoskopie nötig ist, hängt natürlich vom einzelnen Fall ab. Ich lege mir gewöhnlich 10

---

[1]) Kollmann und Oberländer: Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre. Teil I, (1901) S. 79.

bis 12 Tupfer zurecht. Genügt aber diese Anzahl nicht, so lassen sie sich schnell durch neue ersetzen.

Die Tupfer werden von oben genannter Firma in 2 Packungen in den Handel gebracht. Die eine Packung, welche sich für größere Polikliniken und Krankenhäuser eignet, enthält 1000 Tupfer und kostet 3 M. Die andere Packung ist für solche Ärzte bestimmt, die sich einen größeren Vorrat nicht halten wollen. Es sind je 10 Tupfer (also gerade für eine Endoskopie ausreichend) in Filtrierpapier verpackt und sterilisiert, also gebrauchsfertig. In einem Karton sind 5 solcher Päckchen enthalten. In dieser Packung kosten 1000 Tupfer 7 M., doch sind die Kartons auch einzeln erhältlich.

Die von der Firma Franz Rosset (Freiburg i. Br.) hergestellten Tupferhalter unterscheiden sich von dem Grünfeld'schen Modell durch längere Branchen und massiven Griff und sind jenem vollständig gleichwertig. Sie kosten 1.50 M. pro Stück, während das Grünfeld'sche Modell mit 2.50—3 M. bezahlt wird.

Über Jodfersan bei Lues.

Von Prof. Dr. **Benninghoven-Berlin.**

Das Fersan erfreut sich infolge seiner hervorragenden Eigenschaften und seiner besonders günstigen Wirkung auf die Verdauungsorgane bereits einer so großen Beliebtheit bei der Behandlung aller Arten von Anämie, daß es wohl nahe lag, es auch in denjenigen Fällen von Lues zur Anwendung zu bringen, welche mit auffallender Abnahme des Körpergewichts und gleichzeitiger Verminderung der roten Blutkörperchen einhergehen. Dies ist denn auch bereits von mehreren Seiten geschehen und zwar, wie berichtet wird, mit gutem Erfolge. Nachdem nun aber die Fersanwerke zu Wien neuerdings eine Kombination des Eisens mit Jodkali in Form der Fersan-Pastillen auf den Markt gebracht haben, hielt ich es für angebracht, die Wirkung dieser Jodfersan-Pastillen bei Lues in meiner Praxis zu erproben, zumal ich mir aus der Kombination des Jodkalis mit Eisen und Phosphor (Bestandteile des Fersan) gerade bei Lues eine ganz besondere Wirkung versprach.

Wie aus den zahlreichen über Fersan erfolgten Veröffentlichungen hervorgeht, wird dasselbe aus frischem Rinderblut in der Weise gewonnen, daß durch einen komplizierten Prozeß das Eiweiß der roten

Blutkörperchen gespalten wird, wobei als Niederschlag ein phosphor- und eisenhaltiges Acidalbuminat entsteht. Letzteres wird im weiteren Verlauf des Prozesses mit Alkohol gewaschen, im Vacuum getrocknet und bildet dann das pulverförmige Fersan. Dieses enthält den Phosphor vollständig, das Eisen fast ganz, organisch gebunden, und was das Wesentliche ist, ca. 90 % Acidalbumine. Das Fersan stellt nach dem Trocknen ein schokoladenfarbiges, braunes, geschmackloses Pulver dar, welches in Wasser löslich ist.

Die genaue chemische Zusammensetzung des Medikamentes ergibt sich aus folgender, an der allgemeinen Untersuchungsanstalt für Lebensmittel in Wien festgestellten Analyse:

Wassergehalt	11,91 %		
Asche	4,56 %		
Phosphorsäure	0,1203 %		
Eisen	0,3724 %		
Chlornatrium	3,83 %		
Gesamtstickstoff	13,315 %		
Acid-Stickstoff	0,2128 %		
Eiweiß-Stickstoff	13,1022 %	=	81,89 % Eiweiß.

Auf Trockensubstanz berechnet:

Wasserlöslicher Anteil 96,90 %
Wasserlösliches Eiweiß 88,80 %.

Hieraus ergibt sich ohne weiteres, daß das Fersan als ein ganz vorzügliches Nährmittel, aber auch als Kräftigungs- und nervenstärkendes Mittel ersten Ranges zu betrachten ist. Eine ganz besondere Wirkung entfaltet es daher bei allen schweren Fällen von Anämie, die mit nervösen Störungen einhergehen, wie dies bei vielen Fällen von schwerer Lues der Fall ist. Dies wird dann auch in den Berichten von Dr. Sigmund Kornfeld, Dr. J. Silberstein, Dr. Hönigschmidt, Dr. Alfred Brunner hervorgehoben. Diese Wirkung des Fersans erklärt sich wohl einerseits aus seinem Gehalt an Phosphor, dann aber auch aus seiner Eigenschaft, den Magen unverändert zu passieren und erst im Darm vollständig zur Resorption zu gelangen. Noch eine Anzahl anderer Eigenschaften werden dem Fersan nachgerühmt, wie ich mich überzeugt habe, mit Recht, die uns besonders bei seiner Benutzung in Fällen von tertiärer Lues wertvoll erscheinen müssen: Es hat keinen unangenehmen Geruch oder Geschmack und wird von den Verdauungsorganen, ohne unangenehme Wirkungen her-

vorzurufen, ertragen. Es übt keinen Reiz auf den Darm aus und färbt den Stuhl nicht schwarz, ein Beweis, daß das in ihm enthaltene Eisen fast vollständig vom Körper resorbiert wird. Wenn wir alle diese günstigen Wirkungen des Fersan ins Auge fassen und gleichzeitig die anerkannte Heilwirkung des Jodkali bei tertiärer Lues berücksichtigen, so dürfen wir wohl von vornherein annehmen, daß eine Kombination beider Mittel, wie sie uns in den Jodfersan-Pastillen vorliegt, besonders wirkungsvoll sein müsse. Wenngleich das Jodfersan zweifellos auch in einer ganzen Reihe von anderen Krankheitsfällen: wie Skrofulose, Drüsenschwellungen, Bronchialkatarrhen etc. gute Dienste leisten wird, so beschränken sich meine Beobachtungen doch nur auf seine Wirksamkeit bei Lues, und zwar beobachtete ich nicht nur Patienten im Spätstadium der Krankheit, sondern ich wandte das Medikament auch bei Patienten im Sekundärstadium in mir geeignet erscheinenden Fällen an und zwar hauptsächlich da, wo nach reichlicher Quecksilberzufuhr ein Aussetzen mit letzterem Medikament geboten erschien, oder wo sich die Patienten weigerten, auf weitere Quecksilberbehandlung einzugehen. In allen von mir behandelten Fällen handelte es sich um sehr anämische, deutliche luetische Symptome zeigende Patienten. Die von mir bei meinen Versuchen benutzten, zur Zeit im Handel befindlichen Jodfersan-Pastillen stellen eine Kombination von vier Teilen Fersan mit einem Teil Jodkali dar, derart, daß jede Pastille 0,2 gr. Fersan enthält und 0,05 gr. Jodkali. Ich gab durchweg 4mal täglich 3 oder 2mal täglich 6 Pastillen vor den Mahlzeiten und konstatierte, daß in einigen Fällen bereits nach 14 Tagen eine Zunahme der roten Blutkörperchen, Besserung des Allgemeinbefindens und eine Erhöhung des Körpergewichtes stattfand, auch die luetischen Erscheinungen ließen in einer größeren Anzahl von Fällen auffallend rasch nach. Eine Belästigung des Magens (Aufstoßen, Erbrechen, Übelkeit) war nur in einem Falle zu konstatieren, und da handelte es sich um einen potator strenuus, dessen Aussagen unzuverlässig waren. In den meisten Fällen wurden die Pastillen gern genommen und auch von alten Luetikern, die mit dem Gebrauch des Jodkali schon vertraut waren, immer wieder verlangt, hauptsächlich wohl deshalb, weil die Jodkalitherapie bei Anwendung der Fersanpastillen viel leichter durchzuführen ist und weniger umständlich, weil leichter zu handhaben, wie bei Verordnung des Jodkali in wässriger Lösung. Meine Versuche mit Jodfersan erstrecken sich auf die Dauer von ca. 6 Monaten. Wenngleich ich also, da es sich um eine so chronische Krankheit wie die Lues handelt,

ein abschließendes Urteil noch nicht gewinnen konnte, so kann ich doch heute schon die Benutzung des Jodfersans bei tertiärer Lues angelegentlichst empfehlen (zumal ich in keinem einzigen Falle Jodakne oder sonstige Zeichen von Jodintoxikation beobachtete). Ich halte es auch in allen denjenigen Fällen für indiziert, in denen die Anwendung des Quecksilbers aus irgend einem Grunde kontraindiziert ist, oder wegen bereits vorhergegangener ausgiebiger Hg-Behandlung abgelehnt wird.

Die Jodfersan-Pastillen sind in 2 Formen erhältlich:

1) Jodfersan-Pastillen für Erwachsene; Zusammensetzung wie schon erwähnt Kal. jodat. 0,05, Fersan 0,2 und

2) Jodfersan-Schokolade-Kinder-Pastillen; Zusammensetzung Kal. jodat. 0,02, Fersan 0,25.

Die Jodfersan-Pastillen in Original-Kartons enthalten 100 Stück; Preis in Privatpackung 3 M., in Kassenpackung 2,50 M.; die Kinder-Pastillen, welche sehr angenehm schmecken und deshalb von Kindern gern genommen werden, sind in Schachteln à 50 Stück erhältlich; Preis in Privatpackung 2,50 M., in Kassenpackung 2,20 M. Während die Pastillen für Kinder wie Schokolade zerkaut werden, sind die Pastillen für Erwachsene so eingerichtet, daß sie bequem heruntergeschluckt werden können; es schadet aber auch nichts, wenn sie zerkaut werden, da sie keinerlei den Zähnen schädliche Stoffe enthalten. Dosis: Je nach Indikation mehrmals täglich vor dem Essen 3 Stück, u. zw. — je nach der Schwere des Falles —: 3—5 mal täglich. Höhere Dosen habe ich nicht angewandt, da ich mit der Wirkung zufrieden war.

Zum Schlusse einige Krankengeschichten:

1. Maschinenbauer M., seit 3 Jahren luetisch erkrankt, hat in der Zwischenzeit drei Schmierkuren (je 30 Kugeln à 4 Gr.) gemacht, außerdem im letzten Jahre mehrfach Merkolinthschurz getragen. Status am 15. April 1904: Außer mäßig geschwollenen Inguinaldrüsen und zeitweilig sich einstellenden Placques der Mundschleimhaut keine weiteren luetischen Symptome. Zur Zeit besteht ein kleines Geschwürchen am weichen Gaumen, von dessen Existenz Patient nichts weiß; Herzuntersuchung ergibt nichts Anormales, der Patient ist jedoch sehr anämisch und klagt besonders darüber, daß ihm das Treppensteigen schwer falle. Leistendrüsen beiderseits ziemlich stark geschwollen. Verordnung von essigsaurer Tonerde zum Mundausspülen, Ätzen des Geschwürs mit Chlorzink; Jodfersanpastillen 4 mal täglich

3 Stück. Status am 29. April: Geschwür am weichen Gaumen abgeheilt, Drüsen noch geschwollen; Patient gibt an, seit Gebrauch der Pastillen kolossalen Appetit bekommen zu haben. Gesichtsfarbe bedeutend besser, Allgemeinbefinden ebenfalls. Status am 25. Mai: Patient fühlt sich sehr wohl, sieht gut aus und hat keine Klagen mehr; es bestehen keinerlei Symptome mehr, außer den noch mäßig geschwollenen Inguinaldrüsen, die aber auch sehr zurückgegangen sind.

2. Ingenieur U., vor vier Jahren luetisch erkrankt und seit der Zeit noch nicht ohne luetische Symptome gewesen, laboriert seit ca. 6 Wochen an starkem Haarausfall, weswegen er wieder ärztliche Behandlung aufsucht. Die am 2. Mai vorgenommene Untersuchung ergibt: Starke Nervosität, mäßige Herzerweiterung Puls 96, glandulae inguinales links deutlich geschwollen, rechts weniger; in den Handtellern und Fußsohlen beiderseits stark entwickelte Psoriasis luetica, starker Haarausfall. Patient, der sehr anämisch aussieht, klagt über starke Abnahme des Körpergewichtes, Appetitlosigkeit, Kopfweh, Angstgefühle und vor allem über starken Haarausfall. Da er bereits 3 Schmier- und 3 Inunktionskuren gemacht hat, alles nur mit keinem, oder nur ganz vorübergehendem Erfolg, lehnt er jede weitere Hg. Behandlung ab. Verordnung: Lassar'sche Haarkur, Jodfersan 4 mal täglich 3 Pastillen, kräftige Diät. Schon nach 14 Tagen deutliche Besserung; Körpergewicht um 2 Pfd. zugenommen, Haarausfall geringer. Herztätigkeit ruhiger, Puls 90, Patient wird weniger von Kopfschmerzen geplagt. 5. Juni: Körpergewicht um 4 Pfd. zugenommen, kein Haarausfall mehr, keine Klagen über Kopfweh, die luetischen Erscheinungen in Handteller und Fußsohlen sind sehr zurückgegangen, auch die Inguinaldrüsen links sind etwas dünner geworden; dieselbe Medikation. Am 19. Juni: Sämtliche luetische Erscheinungen bis auf die noch mäßig geschwollenen Inguinaldrüsen sind zurückgegangen, Puls 84 kräftige Schläge; Patient hat wieder 2 Pfd. zugenommen und erklärt, er fühle sich ganz gesund. Die Gesamtzunahme des Körpergewichts in den 7 Behandlungswochen betrug 8 Pfd.; es wurden in dieser Zeit innerlich nur Jodfersan-Pastillen verordnet, irgendwelches Symptom von Jodintoxikation trat nicht auf, insonderheit keine Acne. Patient, der sich ganz wohl befindet, hat vor 8 Tagen auf mein Anraten eine zweite Jodfersan-Kur begonnen.

3. Herr Dr. M. leidet seit 10 Jahren an Lues, hat alle Jahre mindestens eine Schmier- oder Inunktionskur durchgemacht; er klagt über beständiges Ziehen in den Muskeln, Kopfschmerz und mangel-

haften Appetit. Die Untersuchung am 15. Mai ergibt: Inguinal- und Ellbogendrüsen deutlich geschwollen; auf dem linken Auge eine abgelaufene Iritis, im ganzen Gesicht anscheinend von Jodgebrauch herrührende Acnepusteln, die aber nach Angabe des Patienten, der nie KI genommen haben will, schon lange Jahre besteht. In der Mitte des m. brachialis links besteht ein wallnußgroßer, auf Druck schmerzhafter Knoten, der offenbar luetischer Natur ist; Herztätigkeit sehr lebhaft, Puls 120; kolossale Anämie und Nervosität. Therapie: 4 mal täglich 3 Pillen Jodfersan, keine andere Medikation; nach 4 Wochen: bedeutende Besserung, das Ziehen in den Muskeln hat nachgelassen, die Induration am linken Oberarm hat abgenommen, das Aussehen ist ein besseres geworden, die Herztätigkeit ruhiger, Puls 110 Schläge. Weiterverordnung der Jodfersanpastillen. Patient stellt sich am 15. Juli wieder vor, sieht blühend aus und erklärt, daß sein Allgemeinbefinden ein tadelloses sei; auch die Acne, an der er Jahre lang gelitten, war verschwunden; die Induration am Oberarm ist kaum mehr nachweisbar, die Inguinaldrüsen noch mäßig geschwollen.

Weitere von mir behandelte 25 Fälle bieten nichts Besonderes, jedoch war die Wirkung des Jodfersans ausnahmslos eine solche, daß ich die Anwendung dieses Medikamentes nur empfehlen kann. Der Haupteffekt bei der Jodfersanbehandlung ist zweifellos die Kräftigung des Gesamtorganismus, gleichzeitig scheint es aber, als ob das Jod in dieser Verbindung seine spezifische Wirkung schon in viel kleineren Dosen entfaltet, wie dies sonst der Fall ist. Nach meiner Medikation 4 mal täglich 3 Pastillen à 0,05 KI erhielten die Patienten pro die 0,6, pro Woche 4,2 Gr. Jodkali, also verhältnismäßig geringe Dosen; den Anhängern der hohen Jod-Dosen bei Lues steht es aber ja frei, Versuche mit größeren Quanten anzustellen, die vielleicht noch günstiger wirken. Daß die Jodfersanpastillen auch bei Scrophulose, Drüsenerkrankungen, Epididymitis, Bronchitis etc. gute Dienste leisten werden, ist anzunehmen und möchte ich zu diesbezüglichen Versuchen hierdurch aufmuntern.

Berlin, im Februar 1905. Benninghoven.

Zur Behandlung der Gonorrhoe.

Von Dr. **Julian Marcuse** in **Mannheim.**

Die erhöhte Aufmerksamkeit, die in der gegenwärtigen Periode ärztlichen Könnens und Handelns der Verhütung der Geschlechtskrankheiten geschenkt wird, und die ihren Ausdruck in einer sozialhygienischen Propaganda weitesten Umfanges findet, ist wohl nicht zum mindesten zurückzuführen auf das Bewußtsein von der Ohnmacht der Therapie oder wenigstens der Schwäche derselben gegenüber dem charakteristischsten und verbreitetsten Typus der Sexualaffektionen, der Gonorrhoe. Und die Geschichte der Tripperbehandlung mit ihrer exzessiven Polypragmasie und Polypharmazie bestätigt aufs Deutlichste die Schwierigkeit zu erreichender Erfolge und der absoluten Heilung dieses galanten Leidens, wie es die Erotik des 16. und 17. Jahrhunderts mit einem liebenswürdigen Beiklang von Sympathie getauft hat. Dieser Achtungsrespekt, so könnte man ihn fast nennen, war wohl auch Schuld an der Legende, daß die Trippererkrankung eine harmlose sei, ihre Infektion nicht viel zu bedeuten habe und selbst bei rein exspektativem Verhalten eine allmähliche Ausheilung eintrete, eine Unterschätzung, die ja längst ad absurdum geführt worden ist. Aber mit der Erkenntnis von der schweren Bedeutung des Leidens und seines ätiologischen Zusammenhanges mit der Sterilität der Frauen wuchs auch die Tendenz rationeller Therapie und zeitigte die massenhaften Präparate, die teils als innerliche, teils als äußerliche Medikation im Laufe der Jahrzehnte gekommen und — gegangen sind. Selbst die physikalische Therapie, die in einer so großen Reihe von Krankheitsgebieten ihre Souveränität in der Therapie geltend gemacht hat, versagte gegenüber der Gonorrhoe und ist nur in Kombination mit einer medikamentösen bezw. externen Behandlung heranzuziehen. Ein wesentliches Moment dieser vielfachen Mißerfolge, das aber zugleich auch der Therapie gewisse Bahnen weist, ist das Mißverhältnis zwischen Wesen der Krankheit und Funktionsstörung: da letztere ja auf die Lebensäußerungen des Individuums im allgemeinen belanglos ist, wird die Erfüllung des einzig wirksamen Postulates, absolute Ruhigstellung des entzündeten Körperteiles, zu nichte gemacht, und in diesem Faktor liegt eine der hauptsächlichsten Ursachen des Überganges vom akuten in das chronische Stadium bezw. der Nichtheilbarkeit der Gonorrhoe. Ich nannte oben dieses Moment, dem, weil es vorherrschend ist und eine Tatsache bedeutet, Rechnung getragen werden muß, einen Finger-

zeig für die therapeutisch einzuschlagenden Wege und zwar in dem Sinne, daß Präparate in der Medikation herangezogen werden müssen, die in gewissem Grade sedativ, also im Sinne einer Ruhigstellung wirken und die Äußerungen des entzündlichen Stadiums, wie Schmerzen, eitrigen Ausfluß, Erektionen etc. aufheben.

Als ein solches remedium hat die verschiedensten Phasen der internen Gonorrhoebehandlung das *oleum santali ligni* überdauert, das bekanntlich zu der Gruppe der Balsamica gehört, einer Gruppe, der man von Alters her in allen ihren verschiedenen Repräsentanten einen gewissermaßen spezifischen Einfluß auf die Gonorrhoe zugewiesen hat. Allein das Sandelholzöl gehört zu den schlecht schmeckenden und die Magenschleimhaut reizenden ätherischen Ölen, und bekommt man es nicht von vornherein, selbst bei der Ordination von Gelatinekapseln, mit einem unüberwindbaren Widerwillen zu tun, so treten doch in vielen Fällen im Laufe der Zeit störende Begleiterscheinungen, wie: Dyspepsien, Brechreiz, Appetitlosigkeit und dergleichen mehr auf. Dies veranlaßte, nach Ersatzmitteln zu suchen, und auf diesem Wege ist wohl die Geburt eines Präparates zu erklären, das in der letzten Zeit eine große Reihe von Publikationen gezeitigt hat und augenblicklich wohl im Vordergrund des Interesses stehen dürfte, das ist das Gonosan. Es stellt eine Verbindung dar einer schon seit langem bekannten und auch periodisch gegen Gonorrhoe angewandten Pflanze, der Kawa-Kawa, mit Sandelöl und ist auf dem Wege hergestellt worden, daß von den in der Wurzel der Pflanze enthaltenen indifferenten Körpern die pharmakodynamisch wirksame Harzmasse isoliert und schließlich in Sandelöl gelöst wurde. Dieses so entstandene und „Gonosan" genannte Präparat ist eine gelblich-grüne ölige Substanz von aromatischem Geruch, die in Kapseln zu 0.3 g. Inhalt in den Handel kommt. Davon entfallen auf das Kawaharz 20%, auf das Sandelöl 80%.

Die erste wissenschaftliche Publikation über dieses neue Antigonorrhoikum stammt von Boß[1]) her, der in 25 von 28 Fällen frischer Gonorrhoe vorzügliche Resultate, sowohl hinsichtlich der subjektiven Beschwerden wie des Krankheitsbildes an sich, damit erzielte. Die theoretische Erklärung, die er von der Wirkung des Gonosans gab, und die mir weniger glücklich erscheint, als die damit erzielten praktischen Resultate, ist folgende: Das Gonosan wirkt auf die durch den

[1]) Deutsche Medizinalzeitung 1903, Nr. 98.

Gonococcus entzündete Harnröhre dadurch, daß die in ihm enthaltenen Harzsäuren sich im Organismus mit Kali und Natron zu einer in Wasser löslichen Harzseife binden, welche — als harzsaures Kali gelöst — in den Harn übergeht. Dieser, stark gesäuert, wird hierdurch gleichsam vor seiner Absonderung aseptisch gemacht. Wenn ein solcher, mit Harzsäuren stark gesättigter und durch Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr sehr konzentrierter, Urin die entzündete Harnröhre passiert, so ist es erklärlich, daß er wie eine von innen mit einer antiseptischen Lösung unter hohem Druck gemachte Injektion wirkt, indem er den oberflächlich gelegenen Gonococcenrasen wegschwemmt und die noch zugänglichen Gonococcen vernichtet. Dagegen erscheint es fraglich, ob die in die Tiefe gelangten Gonococcen in ihrer Entwicklung gehemmt werden, da sie von dem vorbeifließenden Urinstrom direkt nicht getroffen werden. Die genauen mikroskopischen Untersuchungen in Verbindung mit den günstigen Heilresultaten sprechen aber dafür, daß trotzdem durch Gonosan eine Abtötung der tief in den Lakunen, Drüsen und Krypten sitzenden Gonokokken erfolgt. Und zwar kommt dies auf folgendem Wege zu stande: Im sauren Magensaft wird das Harz in Harzsäure umgewandelt; nach Absorption im Darmkanal gelangt sie in die Blutbahn und wird durch die Nieren ausgeschieden. Nun glaubt Boß, daß die Harzsäure die Eigenschaft besitzt, die Toxizität des patogenen Gonokokkus zu vernichten und zwar dadurch, daß sie erstens im Blute eine Hyperleucozytose hervorruft und zweitens dadurch, daß sie die phagozytische Energie der weißen Blutkörperchen erhöht. Hierdurch wird die Wehrkraft des Organismus vermehrt, die ihn befähigt, leichter als unter gewöhnlichen Verhältnissen seine Feinde zu eliminieren. Soweit die theoretische Deduktion, die in manchen Punkten zum Widerspruch herausfordert, aber, wie gesagt, gegenüber den greifbaren praktischen Erfolgen in den Hintergrund tritt. Hatte Boß in seiner ersten Publikation noch die kombinierte Behandlung der Gonorrhoe mit Einspritzungen und Gonosan befürwortet, so berichtete er in einer zweiten[1]) über 50 Fälle von frischem Tripper, die nur mit Gonosan und strenger Diät behandelt wurden und bei denen es in fast dreiviertel aller Fälle gelang, die Gonorrhoe zur Heilung zu bringen. Die äußerst geringe Zahl von Komplikationen, die er sah, veranlaßte ihn zu dem weiteren Schluß, daß die *urethritis posterior* in den meisten Fällen auf die Injektionsbehand-

[1]) Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene 1904, Heft 2/3.

lung zurückzuführen wäre, da bei der internen Behandlung der Prozentsatz der Komplikationen bis auf 4 vom Hundert sinkt. Inzwischen ist eine große Reihe von Veröffentlichungen gefolgt, zahlreiche Beobachter haben ihre Erfahrungen darüber niedergelegt und zwar sowohl hinsichtlich der ausschließlich internen wie der kombinierten Behandlung sowie weiterhin bezüglich der Wirkung des Präparates auf akute und chronische Gonorrhoe bezw. auf die Hintenanhaltung dieser letzteren Komplikation. Was ersteren Punkt anbetrifft, die ausschließlich innere Medikation der Gonorrhoe mit täglich 6—10 Gonosankapseln, strenge Diät und Fernhaltung aller äußeren und inneren Reize, so haben darüber unter Anderen Friedländer[1]), Reißner[2]), Spitzer[3]), Schmidt[4]), Kornfeld[5]), Saalfeld[6]) berichtet und zwar übereinstimmend mit teilweise vorzüglichen Erfolgen sowohl hinsichtlich der Kürze der Heilungsdauer wie des Fernhaltens von Komplikationen; über die günstige Wirkung des Gonosans als *Adjuvans* zur lokalen Behandlung gaben Benninghoven[7]), Lohnstein[8]), Merzbach[9]) etc. eingehende Mitteilungen. Ihr aller Votum, das bald nach der einen, bald nach der anderen Seite hin tendiert, im Prinzip jedoch zu analogen Schlüssen gelangt, ist dahin zusammen zu fassen, daß das Gonosan in der Therapie des Trippers als ein bedeutungsvoller Fortschritt anzusehen ist, denn

1) Es beseitigt die heftigen Beschwerden, das Brennen und die schmerzhaften Erektionen, — Erscheinungen, die bei der akuten Gonorrhoe, mag sie im vorderen oder hinteren Teile der Harnröhre lokalisiert sein, gewöhnlich auftreten. Selbst wenn Blasenentzündung sich hinzugesellt, beruhigt das Gonosan die Blasennerven und bringt die Dysurie zum Verschwinden.

2) Die starke adstringierende und bakterizide Eigenschaft des Gonosans verhütet bei Innehaltung der Diätvorschriften ein Übergreifen des Prozesses auf den hinteren Teil der Harnröhre, wodurch Komplikationen und eine lange Dauer der Krankheit vermieden werden.

---

[1]) Deutsche Ärzte-Zeitung 1903, Heft 12.
[2]) Deutsche Medizinal-Zeitung 1903, No. 58.
[3]) Allg. Wiener med. Zeitung 1903, No. 28.
[4]) Les nouveaux medicaments 1903, No. 21.
[5]) Therapie der Gegenwart 1904, Heft 8.
[6]) Therapeutische Monatshefte 1903, Heft 12.
[7]) Berliner klinische Wochenschrift 1903, No. 28.
[8]) Allgemeine mediz. Centralzeitung 1903, No. 33.
[9]) Münchener med. Wochenschrift 1905, No. 5.

3) Von den Balsamicis wird *Gonosan* am besten vertragen. Es greift den Magen nicht an, erzeugt keinen Widerwillen, kein Ekelgefühl und ruft keine Nierenreizung hervor. Es kann somit wochenlang ohne Nachteil genommen werden.

Glänzende Vorteile mithin genügend, um zu eigenen Beobachtungen zu veranlassen. Ich habe dieselben im Laufe des letzten Halbjahres an einer Zahl von 26 Fällen von frischer Gonorrhoe gemacht, von denen 16 nur mit Gonosan, blander Diät bezw. hydrotherapeutischen Maßnahmen (warmen und heißen Sitzbädern), 10 auch mit Injektionen von *Protargol* bezw. *Kal. permanganicum* behandelt wurden. Die Resultate dieser Versuchsreihe waren nun folgende:

Von den ersteren 16 Fällen wurden sämtliche subjektiv wie objektiv ausnahmlos sehr günstig beeinflusst, indem die Beschwerden und Reizerscheinungen in kurzer Zeit zurückgingen und der Prozeß nach durchschnittlich 5—6 Wochen abgelaufen war. Auf nähere Details eingehend, ist zu bemerken, daß vor allem schon innerhalb der ersten Behandlungswoche die Schmerzen beim Urinieren, der Harndrang sowie die schmerzhaften Erektionen wesentlich nachließen bezw. beseitigt wurden, die Urinmenge an sich geringer — letzteres eine Folge der Flüssigkeitsreduktion — das trübe, dickflüssige Sekret heller und dünner wurde, also eine deutliche schmerzlindernde und sekretionsbeschränkende Wirkung auf eine Dosis von 4 mal 2 Kapseln *pro die*. In diesen 16 Fällen kam es zu keiner, irgendwie ausgesprochenen oder manifesten Komplikation, von rasch vorübergehenden Sensationen peripherer Natur sehe ich bei Beurteilung des Krankheitsbildes im streng-pathologischen Sinne ab. Die Medikation wurde bis zu Ende durchgeführt, die Patienten teilweise bereits nach 3—4 wöchentlicher (6 Fälle), die übrigen nach ca. 6 wöchentlicher Behandlung — im Durchschnitt also nach 5—6 Wochen — als geheilt entlassen.

Die weiteren 10 Fälle setzen sich zum Teil (4) aus solchen zusammen, deren Initialstadium ohne Behandlung verlaufen war — die Patienten hatten *sua sponte* Injektionen gemacht —, zum Teil (6) aus solchen, deren Krankheitserscheinungen nach 5—6 Wochen noch nicht abgelaufen waren.

In diesen beiden Unterabteilungen der Gruppe II wurde zu lokaler Behandlung, das heißt Injektionen, gegriffen und dieselbe mit der internen kombiniert. Auch hier waren die der Einnahme der Gonosankapseln folgenden primären Erscheinungen solche im Sinne einer subjektiven wie objektiven Besserung, also Nachlaß der Schmerzen und

Parästhesien, des Harndranges und der Erektionen, verändertes Aussehen des Sekretes mit der Tendenz der Dissolution. Von Komplikationen sind in dieser Gruppe zu nennen: 3 Fälle von *Epididymitis* — bei zweien hiervon war der sichere Nachweis schädlichen Verhaltens zu erbringen — und 2 von Übergreifen des Prozesses auf die *pars posterior*. Diese letzteren beiden gehören zu der oben erwähnten Kategorie, bei der die Behandlung ohne ärztlichen Beistand mit aus der Apotheke bezogenen Zinklösungen begonnen und 8—14 Tage durchgeführt worden war. Mithin ist auch das Gesamtresultat der kurz skizzierten Gruppen persönlicher Fälle als ein außerordentlich günstiges zu bezeichnen, bestätigt es ja vollinhaltlich die von den zahlreichen Beobachtern anderwärts gemachten Erfahrungen hinsichtlich der Einwirkung des *Gonosans* auf die Tripperinfektion. Auch die übereinstimmende Bestätigung nahezu aller Untersucher, daß das *Gonosan* leicht zu nehmen ist, keinerlei Magendarmstörungen oder Nierenreizungen verursacht und mithin sich auch darin wesentlich von dem Sandelholzöl unterscheidet, konnte von mir sanktioniert werden; kam es doch in keinem einzelnen Falle zu Äußerungen des Widerwillens oder unangenehmen Geschmacksempfindungen oder anderweitigen störenden Begleiterscheinungen. Gereicht wurden die Kapseln, die verschieden an Zahl, je nach dem Stadium des Prozesses ordiniert wurden, als Minimum *pro die* 6, als Maximum 12, mit einer Tasse warmer Milch nach dem Essen gemäß den Angaben von Boß. Wenn dieser wie auch Merzbach in seiner Publikation sich gegen die Injektionsbehandlung *per se* aussprechen, wegen ihrer größeren und steigenden Gefahr der Komplikationsentwicklung, so ist dieser Standpunkt mit der Tendenz des *nihil nocere* als souveränstem Behandlungsprinzip im Allgemeinen nur zu acceptieren. Ob sich aber *in praxi* dieser Standpunkt wird durchführen lassen, ist eine andere Frage, die zu beantworten noch kaum möglich ist. Jedenfalls dürfte ein derartiges therapeutisches Problem in dem Augenblicke der Realisierung näher sein, wo wir ein Mittel besitzen, das — abgesehen von Spezificis — lindernd auf den Entzündungsprozeß einwirkt sowie einen, auf die Gonococcen entwicklungshemmenden Einfluß ausübt. Diese beiden Kardinaleigenschaften eines Antigonorrhoikum müssen sich dann weiter vergesellschaften mit der Unschädlichkeit des Mittels, um den Anspruch auf ein den Prozeß im Sinne der Besserung und Heilung beeinflussendes Präparat erheben zu können. Für das *Gonosan* sind, soweit sich die Literatur überblicken läßt, diese Anforderungen sämtlich erfüllt und, was die eigenen

Wahrnehmungen betrifft, so ist die schmerzlindernde und sekretionsbeschränkende Wirkung des *Gonosan* unzweideutig festgestellt worden. Daher läßt sich der Gesamteindruck, den die Anwendung dieses Mittels hervorruft, dahin zusammenfassen, dass wir in ihm ein durchaus unschädliches, in seiner Wirksamkeit jedoch die bisher bekannten Balsamica weit übertreffendes Präparat besitzen, dessen Gebrauch vor allem bei der akuten wie subakuten Gonorrhoe indiziert ist und in einer großen Reihe von Fällen — in Verbindung mit diätetischen Maßnahmen — zur Ausheilung der Tripperinfektion führt.

Bericht über den II. Kongreß der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, München den 17. u. 18. März 1905[1]).

Von Dr. **Ries** in **Stuttgart.**

Der II. Kongreß der D. G. z. B. d. G. durfte sich einer regen Anteilnahme seitens der Ärzte, Juristen, Verwaltungsbeamten und einer großen Zuhörerschaft von Damen und Herren erfreuen. Die Regierungen beinahe sämtlicher größerer Bundesstaaten hatten Vertreter entsandt, desgleichen Stadtverwaltungen, Polizeibehörden, Landesversicherungsanstalten, Ortskrankenkassen, Sittlichkeitsvereine und — last not least — in großer Anzahl, kampfbereit wie immer, waren die Führerinnen der deutschen Frauenbewegung erschienen. Als Vertreter des Württembergischen Medizinalkollegiums wohnte Medizinalrat Dr. Kohlhaas den Verhandlungen bei, die Stadt Stuttgart hatte Stadtarzt Dr. Hammer delegiert, ebenso war Ulm durch seinen Stadtarzt vertreten.

Die D. G. z. B. d. G. zählt jetzt 4000 Mitglieder, Ortsgruppen bestehen 21, zahlreiche Behörden und Korporationen gehören als Mitglieder der D. G. an, leider haben sich die ärztlichen Vereine bisher noch nicht entschließen können, in corpore beizutreten.

Fasse ich das Resultat des Kongresses zusammen, so muß ich zwar bekennen, daß über die Frage, auf welche Weise man den Geschlechtskrankheiten am besten beikommt, eine volle Verständigung und Einigung naturgemäß nicht erzielt werden konnte, trotzdem wurde die Hauptaufgabe der D. G., „die Aufklärung weitester Volksschichten", um ein Erhebliches gefördert. Freilich mußte man sich bei der großen

[1]) Aus d. Württb. Med. Corr.-Blatt (Herausgeber Hofrat Dr. Deahna)

Divergenz der Anschauungen und den vielfach unklaren Vorstellungen und Ansichten mancher Laienredner doch die Frage vorlegen, ob es ratsam ist, für die Zukunft Fragen, die noch so wenig geklärt und spruchreif sind, wie beispielsweise die der Kasernierung der Prostitution, vor der breiten Öffentlichkeit zu behandeln. Liegt doch gerade bei derartigen Fragen die Gefahr einer Abschweifung vom Tema, die Gefahr einer zu starken, ja beinahe ausschließlichen Betonung der moralischen und ethischen Seite der Frage nahe, während uns doch vor allem am Herzen liegen muß, möglichst bald eine Besserung und Hebung der Volksgesundheit zu erreichen, möglichst viele Opfer den Gefahren der Ansteckung zu entreißen und unseren Töchtern oder Schwestern das Glück zu gönnen, gesunde Männer heiraten zu können. Was ist uns mit der Bemerkung eines Mannes von der Bedeutung Grubers-München geholfen, der schlechtweg die Reglementierung und Kasernierung für wertlos erklärt, ohne uns positive bessere Vorschläge zu machen, der den Wunsch andeutet, der ledigen Mutter solle zwar geholfen werden, aber es hafte ihr mit einem gewissen Rechte ein Makel an. Dabei scheint der hochgeschätzte Hygieniker übersehen zu haben, daß doch wahrhaftig das uneheliche Kind einer solchen Mutter unschuldig genannt werden muß und daß bei Vorherrschen solcher Anschauungen einem unschuldigen Menschen schon von Geburt an ein Kainszeichen auf die Stirn gedrückt wird! Kein Wunder, daß die Vertreter der Sittlichkeitsvereine und die Führerinnen der Frauenbewegung, sich auf das autoritative Urteil Grubers berufend, die augenblickliche Abschaffung der Reglementierung verlangten und allein von der Hebung des sittlichen Niveaus Besserung erhofften. Zutreffend bemerkte Prof. Wolff-Straßburg, „das Verlangen nach Aufhebung der Reglementierung mit der Begründung, man könne ja doch nicht alle fassen, komme ihm gerade vor, als wollte man sagen, es darf von jetzt ab kein Dieb oder sonstiger Verbrecher mehr gefaßt werden, da man alle ja doch nicht bekommen könne."

Glücklicherweise kam man, trotzdem die Meinungen weit auseinandergingen, doch zu der Erkenntnis, daß man mit der Prostitution als einem unleugbaren Faktor zu rechnen habe, daß es also falsch wäre, die Prostitution zu bekämpfen, anstatt vielmehr die Geschlechtskrankheiten!

Auf der Tagesordnung des Kongresses standen drei mit den Paragraphen 300, 180 und 184, 3 des R.-Str.-G.-B. in enger Verbindung stehende Fragen, deren Erörterung von seiten der Kongreßleitung im

Hinblick auf die in den nächsten Jahren zu erwartende Novelle zu diesem Gesetzbuch mit Recht in den Vordergrund gestellt wurde.

Zu Punkt I **„Ärztliches Berufsgeheimnis und Geschlechtskrankheiten"** hatte der Vorsitzende der Gesellschaft, Geheimrat Neißer, der sich zurzeit auf Java aufhält zwecks Erforschung der Syphilis, ein Referat eingesandt, welches auf der Tatsache fußte, daß die strikte Anwendung des § 300, welcher die Verletzung des ärztlichen Berufsgeheimnisses unter Strafe stellt, besonders bei den Geschlechtskrankheiten dem Arzte oft schwere Konflikte und Unzuträglichkeiten bringe. Neißer und mit ihm Flesch-Frankfurt will daher für Fälle, bei denen aus der Aufrechterhaltung der ärztlichen Diskretion schwere Schädigungen dritter Personen oder der Allgemeinheit resultieren, ein Offenbarungsrecht, ja sogar eine Anzeigepflicht gesetzlich zugebilligt haben. Im Gegensatz zu den beiden medizinischen Referenten vertrat Justizrat Bernstein-München die Anschauung, daß eine fundamentale Änderung des bestehenden Rechtszustandes nicht angezeigt sei, vielmehr nur eine Ausdehnung der Schweigepflicht auf alle mit der Krankenpflege beruflich befaßten Personen und deren Hilfspersonal, also auf die Verwaltungsbeamten der Krankenhäuser, sowie die für die Verwaltung der öffentlichen Invaliden-, Unfall- und Krankenversicherung geschaffenen Organisationen, der Lebensversicherung sowie der Armenverwaltung. Diese Ausführungen fanden ungeteilten Beifall und ein Antrag, bei den zuständigen Instanzen eine Erweiterung des § 300 im Sinne Bernsteins zu befürworten, fand einstimmige Annahme. — In der Diskussion tritt Chotzen (Breslau), der das Neissersche Referat verlas, für unbedingte Verschwiegenheit des Arztes ein mit der Einschränkung jedoch, daß die Einsetzung einer Behörde, an die von gemeingefährlichen Erkrankungsfällen Anzeige gemacht werden könne, heilsam auf manche Kranke wirken könne. Frau Scheven (Dresden) befürchtet eine Benachteiligung der niederen Volksschichten durch Einführung einer Meldepflicht, Touton (Wiesbaden) warnt mit Recht vor der Meldepflicht, die nur dem Kurpfuschertum Vorschub leiste, und Ries (Stuttgart), der schon in einer im Jahre 1900 in dem Württ. Med. Corr.-Bl. veröffentlichten Arbeit[1]) sich gegen diese Anzeigepflicht aussprach, wies auf die Schwierigkeiten hin, die bei Aufhebung des § 300 bei Geschlechtskranken Verheirateten erwachsen würden. Er hat sich

[1]) Über die Anzeigepflicht bei Geschlechtskrankheiten (Württ. Med. Corr.-Blatt 1900).

bisher nicht für berechtigt gehalten, dem gesundgebliebenen Ehegatten von der Erkrankung des anderen Mitteilung zu machen, hat vielmehr nur dafür Sorge getragen, daß der gesund gebliebene Ehegatte und die Familie durch geeignete Maßnahmen vor Übertragung geschützt bleibt. Der Arzt, der anders handle, streue Zwietracht in die Familie seines Patienten und gebe indirekt den Anstoß zur Ehescheidung, außerdem werde die Zahl derer, die dem Arzte falsche Namen angeben, sich noch bedeutend vermehren.

Dem 2. Beratungspunkt, der **Kasernierung der Prostitution,** lag eine von Kampffmeyer im Auftrag der D. G. z. B. d. G. unternommene und veröffentlichte Enquete zu Grunde, die sich auf die Wohnungsverhältnisse der Prostituierten in den deutschen Groß- und Mittelstädten erstreckte. Die Erörterungen sollten, wie dies der Generalsekretär Blaschko ausführte, der Frage dienen, welche Schäden sich aus den heute bestehenden Wohnungsverhältnissen in Deutschland ergeben hätten, inwieweit der § 180 des Str. G. B. und die aus ihm resultierende Rechtsprechung — auf der einen Seite ist das Bestehen zahlreicher Bordelle in Deutschland möglich, anderseits ist schon das bloße Vermieten an Prostituierte unter Strafe gestellt — an diesen Schäden schuld sei, welche Reformen nach dieser Richtung und welche Änderungen des § 180 zu diesem Behufe erforderlich seien. Nach einstimmigem Urteil aller auf dem Kongreß vertretenen Richtungen — und deren waren viele — wurde die Aufhebung bezw. Abänderung des § 180 für die unerläßliche Vorbedingung jeder Reform auf dem Gebiete der Prostitutionsüberwachung erklärt!

Der 1. Referent, Wolff-Straßburg, sprach sich zugunsten des Bordells aus, da er auf Grund einer langjährigen Erfahrung nachweisen konnte, daß in Straßburg seit Durchführung einer strengen konsequenten Kasernierung der Prostitution die Fälle von Syphilis bedeutend an Zahl abgenommen haben. Außerdem vertritt W. die Ansicht, daß die Kasernierung die Straßen säubere und dadurch den anständigen Damen auf der Straße einen Schutz vor Belästigung gewähre, das Zuhältertum werde durch die Kasernierung unmöglich gemacht und eine möglichst frühzeitige Behandlung der erkrankten Prostituierten werde ermöglicht. Nebenher muß natürlich in strengster Weise die geheime Prostitution verfolgt werden.

R. A. Hippe (Dresden) ist begeisterter Anhänger der Bordelle, nur durch sie könne die Gesellschaft vor den Schädigungen der Prostitution einigermaßen geschützt werden. Der § 180, der Kuppelei-

paragraph, der Handlungen bedrohe, an denen der Staat nicht das mindeste Interesse habe, müsse abgeändert werden!

Der 2. Referent, Stachow (Bremen), ist, wie auch Fabry (Dortmund), für sogen. Bordellstraßen.

Gegen Bordelle spricht sich in seinem Referate aus Prof. v. Düring-Kiel, da die Polizei stets nur einen Bruchteil der Prostituierten fassen könne, und die Gefahr, in den Bordellen angesteckt zu werden, durchaus nicht gering sei; vielmehr nach Ansicht vieler größer als irgendwo sonst. Die Zahl der Bordelle gehe überall da, wo sie gestattet seien, zurück.

In ähnlichem Sinne sprach sich in ihrem Referate Frau Fürth (Frankfurt) aus; sie befürwortet an Stelle der Kasernierung die freilebende Prostitution, deren sanitäre Überwachung nicht polizeilichen Charakter tragen solle, sondern den der Krankenfürsorge. Staat und Gesellschaft dürfe nie die Hand bieten zu einer Vernichtung von Menschenleben, wie sie das Bordellwesen mit sich bringe, zumal durch die Institution der Bordelle der Mädchenhandel bedingt und erhalten werde. In der Tat ist letzteres Argument ein schwerwiegendes und wohl geeignet, manchen in seiner Anschauung über die Berechtigung der Bordelle schwanken zu machen!

Trotz der schroffsten Gegensätze, die sich bei den Diskussionsrednern offenbarten, gab man doch allerseits — die Abolitionisten eingerechnet — zu, daß man mit den Prostituierten als einem „vorhandenen Übel" rechnen müsse und daß sie daher irgendwo wohnen müssen und zwar am besten so, daß sie einigermaßen unter den Augen der Polizei sich befinden. Natürlich konnte eine allgemeine Lösung dieser brennenden Wohnungsfrage nicht gegeben werden, vielmehr herrschte die Anschauung vor, daß überall mit den lokalen Verhältnissen gerechnet werden müsse. Blaschko (Berlin) hält es für möglich, den Prostitutionsmarkt von der Straße wegzuschaffen und Wohnung und Betrieb der Prostituierten von einander zu trennen, ohne gleich zum Bordellsystem überzugehen. Blaschko betonte mit v. Düring und Frau Fürth die große Rolle, welche bei der Reform dieser Zustände die Wohnungsinspektion, die Beteiligung der Frauen an dieser, ferner die Erziehung der Prostituierten zu freiwilliger Inanspruchnahme der in Krankenhäusern und Polikliniken gebotenen Hilfe spiele; eine Ausdehnung der Krankenversicherung sei hierzu wünschenswert.

Unter den vielen Diskussionsrednern sei nur noch Hammer-

Stuttgart hervorgehoben, der die Vorteile der Reglementierung und Kasernierung, speziell der Bordellstraßen, in klarer Weise beleuchtete und es für notwendig erachtet, daß man der Ausbreitung der Prostitution und der Geschlechtskrankheiten ebenso entgegentrete wie der Pest und der Cholera; von einer Hebung des sittlichen Niveaus allein sei nichts zu erwarten. Übrigens seien die Geschlechtskranhheiten in den letzten 25 Jahren zurückgegangen.

Bei der Beratung des 3. Punktes der Tagesordnung: „Strafbarkeit der Ankündigung von Schutzmitteln zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten" gingen die Wogen bedeutend glatter. Die beiden Referenten, Neustädter (München) und Bernhard (Berlin), ebenso wie die Diskussionsredner Lesser (Berlin), Ries (Stuttgart) und Lion (Mannheim) sind der Ansicht, daß diese Mittel im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten eine wertvolle Waffe sind, die zurzeit geradezu unentbehrlich ist. Selbstverständlich müßten Ankündigungen indezenter oder schamloser Art auf Grund des § 184[1] als „unzüchtige Schriften" strenge bestraft werden. Die Art der Ankündigung muß eine delikate sein. Von dem Referenten Neustädter wurde für die Ankündiguug von Schutzmitteln und Heilmitteln eine von einer obersten Sanitätsbehörde (etwa dem Reichs-Gesundheitsamt) auszuübende Präventivzensur vorgeschlagen.

Der Kongreß, der von Prof. Lesser-Berlin in umsichtiger, vornehmer Weise geleitet, von dem unermüdlichen, hochverdienten Generalsekretär Blaschko zusammen mit den Münchner Kollegen vorbereitet wurde, ergab ein befriedigendes Resultat insofern, als man auf dem Gebiete der Aufklärung, der Hauptaufgabe der D. G. z. B. d. G., wieder ein gutes Stück vorwärts kam und zu erwarten ist, daß durch den Kampf und Widerstreit der Meinungen mancher und manche zu fruchtbarem Arbeiten an dem schwierigen Probleme angeregt wurde, so daß der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten ebenso erfolgreich verlaufen dürfte wie der gegen andere Volksseuchen.

Einige dunkle Punkte in der gegenwärtigen Lehre von der Syphilis.

(Herbsmann in Rostow am Don. Wratschebnaja gazeta 1904. No. 3. russisch.)

Übersetzt von Dr. **Steinborn-Thorn.**[1])

„Die Geschichte der Syphilis zeigt uns, daß man mehr als 3½ Jahrhunderte brauchte, um die Lehre von dem syphilitischen Primäraffekt auf eine mehr oder weniger feste Grundlage zu stellen. „In keiner Disziplin, sagt Prof. Finger, hat man soviel Neigung zur Verallgemeinerung gezeigt, als gerade in der Syphilidologie, nirgends hat man den einzelnen Symptomen eine so übertriebene Bedeutung zugeschrieben, als in der Lehre von der Syphilis. Welchem denkenden Arzte wird es einfallen, ein bestimmtes Symptom ausschließlich einer Krankheit zuzuweisen und ihr ganzes Sein in Abhängigkeit von diesem Symptom allein zu stellen? — Und doch haben sich die Koryphäen unserer Wissenschaft mit solcher Zähigkeit in das Symptom der Verhärtung des Primäraffektes festgesetzt, als ob auf ihm die ganze dualistische Theorie gegründet wäre, und haben sich die Gegner derselben eingebildet, daß jeder Beweis, der sich gegen die Verhärtung anführen ließe, die ganze Theorie umstoße.

Ohne Ende erschien der Kampf und ist es noch bis heute. Man hat eine Anzahl von bisweilen gewagten Versuchen am Menschen gemacht, es hat sich eine große Menge von klinischen Beobachtungen und deren kritischer Beleuchtung in der Literatur angesammelt; in der ungestörten Stille des Studierzimmers haben scharfsinnige Gelehrte immer neue und neue Theorien aufgestellt, um die alten abzulösen, die auch ihrerseits unter dem Drucke unvorhergesehener Ereignisse

[1]) Die interessante und durchaus zeitgemäße Arbeit von Dr. Orlipski über „die Frage der Wertung der Anamnese in der Syphilisdiagnose" in dem 5. Hefte des I. Jahrganges dieser Zeitschrift veranlaßt mich, gleichsam als Ergänzung und Fortsetzung dieser Frage, obige Übersetzung zu liefern. So selbstverständlich die Behauptung erscheint, auf die in obenstehender Arbeit Dr. Orlipski immer wieder hinweist, daß nämlich das α und ω unserer diagnostischen Weisheit allein der objektive Befund bleiben muß, so wird doch gerade dieser objektive Befund uns oft im Stiche lassen. Zum Beweise hierfür lasse ich die Ausführungen Herbsmann's folgen, denen ich nur das Eine hinzuzufügen habe, daß alle von ihm angeführten Beispiele auch mir und wohl vielen Kollegen begegnet sind, und eine Aussprache darüber nur Vorteile bringen kann. Dr. St.

wiederum in sich zusammenfielen, es entstanden verschiedene Lager von sich bekämpfenden Anhängern, die oft einen diametralen Standpunkt vertraten; im Verlaufe von $3^1/_2$ Jahrhunderten waren die vereinigten Kräfte vieler Forscher auf die Bearbeitung der Lehre von der Syphilis gerichtet, — und dennoch begegnen uns noch heute in der täglichen Praxis recht zahlreiche Fälle, welche wir nicht genügend erklären können, oder die nicht in das Bild hineinpassen, welches wir schon als unumstößliche Wahrheit annehmen zu dürfen glaubten. Wenden wir uns zu solchen Fällen.

Es erscheint in unserer Sprechstunde ein Patient mit der Klage über eine Geschlechtskrankheit. Auf den ersten Blick erkennen wir einen mehr oder weniger deutlichen Gewebsdefekt am Penis; jedoch die Zeit des verdächtigen Coitus veranlaßt uns nicht, eine spezifische Krankheit anzunehmen. Wenngleich das Geschwür sich am Penis befindet, wenngleich es nach einem Coitus in Erscheinung getreten ist, so nimmt uns diese Tatsache noch nicht die Möglichkeit, daß der Defekt durch ein Trauma (z. B. Einschnitt durch ein Haar) entstehen konnte, oder gar als Folge eines gewöhnlichen Eiterbläschens, Furunkels, ekzematösen Papel aufzufassen sei. Man könnte fast behaupten, daß wahrscheinlich viele, von uns als weiche Schanker bezeichneten Geschwüre einer unschuldigen Hautaffektion dieser Gegend ihren Ursprung verdanken. Durch Versuche von Charlot, Lichtenstein, Renzi, Bärensprung, Riccord, Kaposi und anderen ist erwiesen, daß eine Impfung mit gewöhnlichem Eiter Geschwüre erzeugen kann, deren Inhalt wieder mit Erfolg übergeimpft wurde.

Bei der näheren Untersuchung des Geschwürs zur genaueren Bestimmung seiner Art erheben sich mehrere Möglichkeiten. Nehmen wir an, daß man nach dem äußeren Aussehen, nach der Zeit des Erscheinens, ev. nach der verdächtigen Quelle der Infektion bestimmt eine venerische Krankheit vermuten dürfe, darf man in diesem Augenblicke dem Patienten etwas Bestimmtes oder Beruhigendes sagen? Sollte das Geschwür sich kurze Zeit nach dem Coitus gezeigt haben (vergleiche Orlipski l. c.), sollte die Eiterabsonderung reichlich sein und das Geschwür sich weich anfühlen, so hat man dennoch keine wissenschaftliche Berechtigung, den Patienten mit der erfreulichen Eröffnung zu beruhigen, daß er nur einen weichen Schanker habe, der zu weiteren Befürchtungen keine Veranlassung gäbe. Denn man weiß aus der Geschichte erstens, daß Syphilidologen, die ausgezeichnet beobachtet haben, die Entwicklung syphilitischer Erscheinungen nach

einem sog. weichen Schanker beschrieben haben, zweitens muß man immer daran denken, daß ein „Chancre mixte“ vorliegen kann, der die Befürchtung aufkommen läßt, daß nach Abheilung des weichen auf dieser Stelle sich ein harter Schanker mit seinen verhängnisvollen Folgen entwickeln kann.

Man stelle sich weiter einen Fall von zweifellos weichem Schanker vor, dem purulente Bubonen sich anschließen, der eine überaus leichte Übertragbarkeit besitzt, dem in der vorgeschriebenen Zeit keine Sekundärerscheinungen gefolgt sind. Dürfen wir trotzdem mit vollkommen beruhigtem Gewissen den Patienten vertrösten? Man denke dabei an die Worte Krafft-Ebing's, der behauptet, daß eine Statistik seiner Kranken, d. i. Geisteskranken, ihn außerordentlich oft auf einen weichen Schanker in der Anamnese hinweist. (Vergl. die Ansicht Kaposi's bei Orlipski l. c.) Diese Beobachtung veranlaßt ihn zu behaupten, daß der weiche Schanker, wenn er auch den ganzen Organismus infizieren kann, nicht immer Sekundärerscheinungen hervorzurufen braucht, später aber sein latentes Gift mit voller Kraft auf das Nervensystem wirft. Er hält den weichen Schanker für gefährlicher als den harten, weil der Kranke sich nach Konstatierung des letzteren der spezifischen Kur unterwirft und schließlich das Gift bis zu bestimmten Grenzen neutralisiert; beim weichen dagegen entwickelt sich die weitere Krankheit ohne Hindernis und zerstört das Nervensystem.

Erwähnung verdient in dieser Beziehung eine Arbeit von Kohn („Zur Behauptung von der Quecksilberätiologie der Tabes,“ Berl. klin. Wochenschrift 1903, H. 10), die sich auf statistisches Material aus der Poliklinik von Prof. Mendel stützt. Diese Statistik zeigt unter anderem, daß von 85 Tabetikern 61 (d. i. fast $^3/_4$) auf jeden Fall in der Anamnese ein venerisches Geschwür aufwiesen, daß weiter 35 unter ihnen sicher Syphilis, 21 aber den weichen Schanker hatten. „Es fällt, sagt Kohn, die absolute Zahl der weichen Schanker und die Relativität zu den harten auf ($21 : 35 = 3 : 7$). Die Häufigkeit des weichen Schankers im Verhältnis zum harten rechnet man im Allgemeinen auf 1 : 10. Die bemerkenswerte Häufigkeit bei den Tabetikern läßt sich nur auf zweifache Weise erklären: entweder waren es nicht weiche, sondern harte Schanker; dann ist die Anzahl der Fehldiagnosen auffallend, oder aber es waren in der Tat weiche Schanker, dann kann man behaupten, daß auch der weiche Schanker — vielleicht eine noch nicht genügend bekannte Form desselben — in Zusammenhang mit der Tabes steht.

Nicht unerwähnt bleibe, daß nach meinen (Herbsmanns) Beobachtungen die Fälle, welche mit späterer Entwicklung allgemeiner Syphilis enden, sehr häufig als kleine Geschwürchen anfangen, die sich 3—5 Tage nach dem verdächtigen Coitus zeigten, größtenteils in der Mehrzahl vorhanden waren und durchaus das Aussehen eines weichen Schankers hatten. Darunter befinden sich auch solche Fälle, bei denen lange Zeit nachher sekundäre Erscheinungen nicht auftraten, und erst nach Verlauf von mehreren Monaten erschien der Patient mit zweifellosen Symptomen der Syphilis. Man könnte hier vermuten, daß ein wenig intelligenter Patient, der sich nicht aufmerksam beobachtet, durch die negativen Angaben des Arztes beruhigt, etwa auftretende Allgemeinerscheinungen (Roseola, Kopfschmerz, Reißen in den Röhrenknochen) mit Erkältung, Rheumatismus oder anderen weniger aufregenden Ursachen, die mit der Syphilis nichts gemeinsam haben, erklärt und daher versäumt, zur rechten Zeit eine rationelle Kur einzuleiten. Solche unangenehmen Überraschungen kann unter Umständen ein allzu optimistisches Verhalten den primären Erscheinungen gegenüber im Gefolge haben, besonders wenn dieselben eine seltene und atypische Form haben. Hierher gehören:

1. Das Indurative Oedem, welches man bei Weibern häufig an den großen und kleinen Labien, bei Männern an der Vorhaut und dem Skrotum findet. Lehrreich ist ein Fall, in welchem die rechte große, zum Teil auch die kleine Schamlippe deutlich verdickt war, braunrote Verfärbung aufwies und eine feste Consistenz hatte, die jedoch eine solche bei akuten Entzündungen übertraf, aber weniger hart als die typische, knorpelartige Verhärtung. Ein Gynäkologe, an welchen sich die Patientin gewandt hatte, riet ihr, hydropathische Fomente zu machen und schlug ihr vor, den „Abscess" zu öffnen, indem er wahrscheinlich annahm, daß eine Bartholinitis vorliege. Indessen war schon, als sie bei mir vorsprach, eine deutliche Roseola, und das indurative Oedem verschwand bald unter einer spezifischen Kur.

2. Eine pigmentierte Induration wird bei Männern fast ausschließlich auf der „glans penis" beobachtet, bei Weibern an der inneren Fläche der kleinen Schamlippen, im Scheideneingang und in der Scheide selbst. Nach 2—3 wöchentlichem Inkubationsstadium zeigen sich an den erwähnten Stellen eine oder mehrere kleine Erosionen, welche unregelmäßige, oft wie angefressene, scharfe Ränder haben; ihr Grund ist braunrot und glänzend wie lackiert, die Sekretabsonderung sehr gering und wäßrig. Beim Befühlen der Erosionen erweist sich die

Oberfläche manchmal als eine pergamentartige Verhärtung, das andere Mal ist sie noch dünner und kaum fühlbar. Heilt ein solches Geschwürchen, ohne eine Narbe zu hinterlassen, so deutet später nur ein rotes, kaum fühlbares Schüppchen die Stelle an, wo der oberflächliche, wenig typische Primäraffekt gesessen hat.

3. Schließlich gehören hierher noch die Fälle, in denen die Veränderungen an der Infektionsstelle nichts Charakteristisches darbieten, in denen sie als einfache Erosionen oder Exkoriationen erscheinen und den Eindruck eines oberflächlichen, scheinbar unschuldigen Defektes machen. Bei dieser Gelegenheit erinnere ich mich eines Falles von Sekundärerscheinungen, die sich durch hartnäckigen Widerstand gegen die Therapie auszeichneten. Der Kranke verhielt sich meinen Andeutungen gegenüber sehr skeptisch, indem er meinte, daß er noch nie in seinem Leben einen Schanker gehabt habe. Da ihm meine Diagnose nicht imponierte, suchte er noch andere Ärzte auf, bekam aber immer dieselbe Antwort, sodaß er schließlich überzeugt wurde. Jetzt erst fiel ihm ein, daß er vor ca. $1\,^1/_2$ Jahren einen typischen Zoster gehabt habe, der aber von einem Venerologen als durchaus ungefährlich dargestellt wurde, es sei nichts, es werde ohne Folgen vorübergehen.

Nehmen wir einen anderen Fall.

Nach dem äußeren, charakteristischen Aussehen, nach der Inkubationszeit, nach der verdächtigen Quelle, nach der typischen, knorpeligen Verhärtung wird mit Bestimmtheit der verhängnisvolle, syphilitische Schanker diagnostiziert. Steht mir in diesem Falle das Recht zu, dem Patienten kategorisch zu erklären, daß er an Syphilis leide? Wenn wir hierbei die klinischen Beobachtungen berücksichtigen, die dahin gehen, daß Schankergeschwüre vollständig den Charakter der Härte haben können und dennoch nicht immer Allgemeinerscheinungen im Gefolge haben, wenn wir weiter die neuesten anatomischen Untersuchungen von Prof. Finger beachten, so müssen wir einräumen, daß von kategorischen Behauptungen nicht die Rede sein kann. Prof. Finger sagt Folgendes: „Ein Fehler, in welchen viele Anhänger der dualistischen Lehre, besonders bei den Franzosen, fielen und zum Teil noch heute fallen, besteht darin, daß sie der Verhärtung eine zu große Bedeutung zuschreiben und dieselbe mit dem syphilitischen Primärsymptom identifizieren. Indessen ist das Primärsymptom doch nur eine Veränderung, welche am Orte des Eindringens des syphilitischen Giftes unter lokalen Einflüssen sich entwickelt, während die Verhärtung

ein Symptom der Primärveränderung darstellt, ein Symptom, das ungeachtet der Krankheit fehlen kann; andrerseits aber kann es vorhanden sein, doch kann es durch andere Krankheiten und Umstände hervorgerufen sein. Daraus folgt, daß wir auf Grund nur eines einzigen Symptomes nicht behaupten dürfen, daß wir es mit ein und derselben Krankheit zu tun haben. Die Verhärtung ist einerseits nicht ein beständiges Symptom des Primäraffektes, andrerseits kommt sie ausschließlich ihm allein durchaus nicht zu. Diese Tatsache bestreiten, hieße die Wahrheit zu Gunsten der Theorie beugen."

Der typischen, knotenförmigen Verhärtung begegnen wir bekanntlich besonders am Rande der Vorhaut, im Sulcus coron., an der Harnröhrenmündung, an dem Rande der großen und kleinen Schamlippen, an den Brustwarzen, an den Mundlippen, — der pergamentartigen Sklerosis dagegen an der Eichel, an der inneren Fläche der kleinen Labien und am Scheideneingange selbst. Welche wichtige Rolle die lokalen Verhältnisse spielen, ist in Besonderheit in solchen Fällen sichtbar, in denen der Primäraffekt im Sulcus coron. sitzt, dann aber auf die glans übergreift. Der Teil des Geschwüres, welcher sich im Sulcus befindet, ist knopfartig, knorpelig, derjenige dagegen, der bis auf die Eichel reicht, nur eine pergamentartige Konsistenz aufweist, die häufig durch das Gefühl kaum zu konstatieren ist.

Die pathologische Anatomie hat uns gelehrt, daß die Form und Entwicklung des Schankers von der Verteilung und Ausbreitung der Blutgefäße abhängt; letztere ist aber wesentlich verschieden in der Haut der mittleren Partien der Eichel von der in der Harnröhrenmündung, Corona und Sulcus glandis. Bei den Untersuchungen des Baues und der Verteilung der Gefäße fand Prof. Finger, daß gerade dieser Faktor eine wichtige Rolle für die Entstehung eines mehr oder weniger harten Genitalgeschwüres habe. Weiterhin ist durch Beobachtungen festgestellt, daß an gewissen Stellen des Körpers, besonders an den Geschlechtsteilen, alle sich entwickelnden Erosionen und Exkoriationen unter Umständen einen deutlich verhärteten Untergrund haben, eine Tatsache, die ebenfalls in den anatomischen Verhältnissen der Blutgefäßverteilung ihre Erklärung findet. Hieraus folgt mit Notwendigkeit, daß die Verhärtung ein Symptom ist, das nicht immer den Primäraffekt begleitet und ihm allein eigentümlich ist, und daher auch nicht als ein pathognomonisches zu gelten berechtigt ist.

Die erwähnten Untersuchungen Prof. Fingers gestatten uns zwar eine Erklärung, warum die Syphilis das eine Mal mit einem harten,

das andere Mal scheinbar mit einem weichen Schanker ihren Anfang nimmt, sie geben uns jedoch keine Anhaltspunkte zur positiven Entscheidung darüber, ob wir es in dem einzelnen Falle mit einer syphilitischen oder nichtsyphilitischen Infektion zu tun haben, ja sie warnen uns sogar mit dem Hinweise darauf, daß die so berühmt gewordene Verhärtung auch bei den unschuldigsten entzündlichen Erscheinungen vorkommen kann. Man darf also bei Gegenwart einer Verhärtung allein dem Kranken auf keinen Fall kategorisch erklären, daß er mit Syphilis behaftet sei, man rate ihm vielmehr, ruhig die weiteren Erscheinungen abzuwarten, zu denen als die ersten die Bubonen zählen.

Doch mit den indolenten Bubonen ist es eine eigenartige Sache. Entwickeln sie sich in jedem Falle? Bleiben sie immer indolent, vereitern sie nie? Sind sie immer der Beobachtung zugänglich? Sind sie immer für die syphilitische Infektion charakteristisch?

In der Mehrzahl der Fälle entwickeln sich natürlich typische Schwellungen der zugehörigen Lymphdrüsen, welche in frischem Zustande bei der Palpation das Gefühl von elastischen Kugeln, die prall mit Luft gefüllt sind, erzeugen. Doch sind auch Fälle bekannt, in denen die Drüsen erst längere Zeit nach Verheilung des Primäraffektes sich vergrößerten. Wir müssen daher unsere besondere Aufmerksamkeit auf die Patienten richten, bei denen sich ein in Heilung begriffenes Geschwür findet, ohne daß auch nur die geringste Reaktion von Seiten der Leistendrüsen sich zeigt. Ich habe mehrfach die Beobachtung gemacht, daß die Schwellung der Drüsen recht spät (3—4 Monate nach der Infektion) auftrat, und auf dem Fuße folgten ihr andere Allgemeinerscheinungen. Anderseits habe ich manchmal gesehen, daß bei scheinbar typischer Sklerose schmerzhafte, vereiternde Bubonen entstanden. Eine weitere Abweichung von der Norm, die die Diagnose noch mehr verschleiert, besteht darin, daß offenbar weichen Schankern mit nachfolgenden schmerzhaften, purulenten Bubonen sich dennoch die zyklischen, syphilitischen Erscheinungen anschlossen.

Derartige Unregelmäßigkeiten in dem normalen Verlauf der Krankheit verlangen beim Diagnostizieren äußerste Vorsicht, jedenfalls zwingen sie uns, mit dem positiven Urteile bis zur völligen Aufklärung der beobachteten Tatsachen zuzuwarten. Manches Mal ist die Drüsenschwellung nur gering, kaum fühlbar, und die Kranken sind oft der Meinung, daß sie derartige, unbedeutende Vergrößerungen schon lange vorher an sich wahrgenommen hätten. Der Charakter der Drüsenschwellung pflegt auch nicht beständig zu sein, sondern ist individuellen Schwan-

kungen unterworfen. Unter besonderen Umständen wird der Wert der Drüsenschwellung für die Diagnose, besonders in zweifelhaften Fällen, noch bedeutend herabgesetzt, wie z. B. bei stark entwickeltem Fettpolster, bei Veränderungen der Drüsen durch vorhergegangene Eiterungen und bei Skrofulose. Bei Lokalisation des Primäraffektes am oberen Teile der Scheide, an der Portio vag. uteri schwellen überdies nicht die Leisten-, sondern die Bauchdrüsen, welche natürlicherweise der Palpation nicht zugänglich sind.

Wenn nun der harte Schanker nicht immer Syphilis bedeutet, wenn der weiche Schanker nicht immer ohne Allgemeinerscheinungen verläuft, wenn schließlich auch die indolenten Bubonen nicht immer unsere Zweifel entscheiden, so ist doch der Ausschlag — in den meisten Fällen die Roseola — das Schwert Alexanders, welches den gordischen Knoten löst.

Leider kann auch der Ausschlag lange Zeit auf sich warten lassen, oder er tritt so schwach in Erscheinung, daß wir wiederum im Zweifel sind. Einen markanten Fall aus meiner Praxis will ich anführen!

Ein junger, intelligenter Mann, Ingenieur von Beruf, acquirierte sich einen harten Schanker. In den ersten Tagen wollte er, wie das gewöhnlich zu sein pflegt, sich „eine Kugel durch den Kopf jagen"; doch bald zog er vor, Einreibungen zu machen, welche ihm ein Spezialarzt verordnet hatte. Nach 6 Touren entschloß er sich, die Allgemeinerscheinungen abzuwarten. Fast täglich besichtigte er seinen Körper, mit Peinlichkeit achtete er auf die geringsten verdächtigen Zeichen, um ja ein charakteristisches zu erfassen, an denen die sekundäre Periode so reich ist. Es vergingen jedoch 8 Jahre, und der Patient hatte seine Syphilis bereits vergessen in der festen Überzeugung, daß die zuerst gestellte Diagnose falsch gewesen. Plötzlich bildete sich bei ihm nach einem jähen Schwindelanfall eine Hemiplegie aus, und gleichzeitig erchienen auf dem Kopfe und an anderen Teilen ulceröse Syphilide, die erst nach einer energischen Quecksilberkur verschwanden.

Dieses Beispiel brachte mich auf recht trübe Gedanken. Man versetze sich im Geiste in die Lage des Arztes, an den sich der Ingenieur vielleicht einen Tag vor dem verhängnisvollen Anfalle gewandt hätte. Was hätte er dem Patienten auf die Frage nach seinem Zustande sagen können? Und solche Fragen sind doch nicht selten! Höchstwahrscheinlich hätte er den Patienten gründlich untersucht; nachdem

er nichts gefunden, hätte er ihn vollständig beruhigt und ihm sogar bestimmt, daß die frühere Diagnose nicht richtig gewesen, er also die 6 Inunktionen unnötig gemacht hätte. Am anderen Tage aber konnte er sich mit Gram im Herzen überzeugen, daß uns nicht ein einziges Faktum zur Verfügung steht, welches mit unwiderlegbarer Sicherheit in gegebenem Falle die bestimmte Erkennung dieser bösen Krankheit ermöglicht.

Es sei noch folgender Fall erwähnt: Vor 4 Jahren kam ein junger Mann mit 2 kleinen Geschwürchen am penis zu mir. Beide ulcera machten zunächst den Eindruck von weichen Schankern. Bald darauf heilte das eine Geschwür zu, während das andere etwas härter wurde und sich deutlich mit Pigment verfärbte; in den Leisten bildeten sich höchst charakteristische indolente Bubonen. Nach einem Consilium wurde dem Patienten erklärt, daß er an Syphilis leide. Trotzdem versuchte ich, das Auftreten der Roseola abzuwarten. Nach Verlauf von 3 Monaten ließ ich den Patienten die erste Inunktionskur machen, trotzdem die Roseola nicht aufgetreten war. Nach einem weiteren halben Jahre machte der Patient die 2. Schmierkur ohne Rücksicht auf das Fehlen irgendwelcher Symptome. Seit dieser Zeit sind 4 Jahre verflossen, der Patient hat nie einen Ausschlag gehabt und fühlt sich vollständig gesund. Interessant ist vielleicht noch, daß ein Bruder des vorher Erwähnten sich mit einem Geschwür am Gliede vor $2^1/_2$ Jahren bei mir vorstellte. Dasselbe war 3 Wochen nach dem Coitus aufgetreten und hatte eine pergamentartige Konsistenz. In der Leiste war ein schmerzhafter Bubo, der so deutlich das Gefühl der Fluktuation hervorrief, daß ich mich entschloß, denselben zu inzidieren. Zu meiner Verwunderung entleerte sich nicht ein Tropfen Eiters, und man sah auf dem Grunde der Wunde nur die beiden Hälften der aufgeschnittenen Drüse, die in kurzem resorbiert wurde. Der Kranke besucht mich von Zeit zu Zeit zur Kontrole, doch habe ich bis jetzt weder Roseola noch andere Erscheinungen beobachten können. Der Vater hat angeblich Syphilis nicht gehabt, trotzdem er in jungen Jahren gestorben ist, die Mutter ist mit 60 Jahren bis heute völlig gesund.

Solche und ähnliche Fälle versetzen den Arzt in eine peinliche, schwierige Lage. Wie sollen wir sie auffassen und verstehen? Lag wirklich Syphilis vor? Wenn es der Fall war, warum wurden keine deutlichen Erscheinungen der Sekundärperiode wahrgenommen? Nehmen wir an, daß die 2 Kuren genügten, um weitere Symptome zu verhüten, so erhebt sich die Frage, ob eine wirkliche Heilung eingetreten ist,

oder ob die Krankheit vielleicht nach einer Reihe von Jahren scheinbaren Wohlbefindens plötzlich mit ihrer ganzen Schwere wieder auftreten wird? Ist man andrerseits berechtigt, die Kuren fortzusetzen, ohne daß man dazu gezwungen ist? Warum sollte man den Kranken den sicherlich nicht angenehmen Kuren unterwerfen, wenn es absolut überflüssig wäre?" So weit der russische Kollege. Nach einer Abschweifung über latente Syphilis, über die Heilbarkeit derselben und die parasyphilitischen Prozesse kommt er zu folgendem Ratschlage: Der Arzt hat die Pflicht, den Kranken nicht zu erschrecken, indem er ihm unvermittelt die ganze Wahrheit offenbart und ihn dadurch in die Arme der Verzweiflung drängt; er soll vielmehr eingedenk sein, daß er die einzige Stütze des unglücklichen Kranken ist, der ihn auf Grund seiner Wissenschaft und Erfahrung tröstet und der Heilung entgegenführt. Stets sollen wir Ärzte daran denken, daß, wo wir Zweifel haben, wir Syphilis vermuten, und umgekehrt, wo wir Syphilis diagnostizieren, wir Zweifel haben sollen inbezug auf die Prognose. Da uns in dem Quecksilber und Jod äußerst zuverlässige, ja spezifische Heilmittel (Jessner nennt sie „die einzigen Lichtpunkte in der Lehre von der Syphilis". D. Ref.) zur Verfügung stehen, mit denen wir oft „für alle Eventualitäten" günstig eingreifen können, so wird von unseren berechtigten Zweifeln nicht nur die Rettung der Gesundheit, sondern auch des Lebens unserer Patienten abhängen.

Ueber die Anästhesierung der Nieren und oberen Harnwege.

Nach einer Vorlesung, gehalten von **M. Lavaux** an der medizinischen Fakultät der Pariser Universität.

Seit dem Jahre 1887 ist es uns möglich, Harnröhre und Blase durch lokal wirkende Anästhetica empfindungslos zu machen. Dagegen haben wir bis in die neueste Zeit kein Mittel zur Verfügung gehabt, welches auf indirekte Weise, d. h. innerlich gegeben, einen anästhesierenden Einfluß auf Niere und Harnleiter ausübte. Daß man direkt diese Organe, in ähnlicher Weise wie die Harnröhre, anästhetisch machen kann, ist ja wohl ausgeschlossen. Es war daher unser Bestreben, ein Mittel zu finden, welches, innerlich verabreicht, im stande wäre, einen starken anästhetischen Einfluß auf die oberen Abschnitte des Harnapparates bei seinem Ausscheiden aus dem Blute auszuüben,

ohne daß es schädliche Nebenwirkungen, wie das Cocain, hervorruft. Bei diesem Suchen kamen wir auf ein Mittel, das unser Interesse um so mehr erregte, als es auch eine energische, die Eiterung hemmende Wirkung ausübt.

Die Pflanze, welche diese fragliche Substanz liefert, ist schon seit langer Zeit bekannt. Es ist eine Pfefferart, der *Piper methysticum*, ein strauchartiges Gewächs, welches auf den polynesischen Inseln vorkommt. In der 9. Ausgabe des Werkes von Trousseau und Pideau, betitelt „Traité de Thérapeutique et de matière médicale" finden wir hierüber folgendes:

Die Taitier und Bewohner Polynesiens bereiten mit der Wurzel von *Piper methysticum* ein berauschendes Getränk, welches sie Kava, Kawa oder Ava nennen.

Über denselben Gegenstand berichtet Dorvault (1898) in seinem Werke „Officine ou répertoir général de pharmacie pratique":

Die frische Wurzel wird getrocknet und zur Bereitung eines Getränkes verarbeitet, das von allen Insulanern mit Leidenschaft konsumiert wird. Gleichzeitig dient dieses Getränk als Anticatarrhale und als sicher wirkendes Antigonorrhoicum.

Im Jahre 1902 veröffentlichte Dr. Boss in Straßburg i. Els. eine interessante Arbeit „Über die Behandlung der Gonorrhoe mit Gonosan, einem aus Kawa und Sandelöl zusammengesetzten Antigonorrhoicum". Wir entnehmen hieraus folgendes:

Gonosan ist eine gelbgrüne, ölige, in Weingeist, Äther und Chloroform lösliche Substanz von stark aromatischem Geruch, welche die aus der Wurzel von *Piper methysticum* (Kawa-Kawa) extrahierten Harze in reinem ostindischem Sandelöl gelöst enthält.

Die Kawawurzel wird in ihrer Heimat (Polynesien) bekanntlich schon seit langer Zeit als ein Antigonorrhoicum verwendet. Sie enthält neben zwei indifferenten, kristallisierbaren Stoffen (Kawahin und Yangonin) ein wirksames Harzgemisch, welches sich nach einem von Lewin angegebenen Verfahren in zwei gut charakteristische Harze, das α- und β-Harz zerlegen läßt.

Über die pharmakologischen Wirkungen dieser Harze äußert sich Lewin folgendermaßen:

Bringt man ein Tröpfchen α-Harz auf die Zunge, so tritt die Empfindung des Taubseins sowie auch eine nachweisbare Herabsetzung der Empfindung ein, von der auch der Gaumen und alle sonstigen

Teile der Mundhöhle, die mit dem Mittel in Berührung kommen, betroffen werden.

Das β-Kawaharz wirkt ähnlich wie das α-Harz, nur viel schwächer und weniger anhaltend.

Bringt man ein stecknadelkopfgroßes Stück des Harzgemisches ($\alpha+\beta$-Harz) einem Tiere in das Auge, so tritt nach drei Minuten, oft schon früher, eine vollkommene Anästhesie der Cornea und Conjunctiva ein.

Lewin gelang es, aus dem Harn nach Kawa-Gebrauch harzige, am Auge Anästhesie erzeugende Bestandteile zu extrahieren. Eine lokale anästhetische und beruhigende Wirkung konnte also in den Teilen des uropoetischen Systems, in welchen eine solche erwünscht ist, zustande kommen. Außerdem beobachtete Lewin an den Schleimhäuten, die mit Kawaharz direkt in Berührung kamen, eine eigenartige Ischämie, auf welche vielleicht die bei Gonorrhoe beobachtete Verminderung des Ausflusses nach Kawa-Gebrauch zurückgeführt werden kann. Bemerkenswert ist ferner, daß nach Rogers das flüssige Extrakt der Kawa diuretisch wirkt, was auch Lewin mit Sicherheit von diesem und anderen Kawapräparaten nachweisen konnte.

Die anästhesierende Wirkung der Kawaharze wurde bald nach Lewin von Goldscheider bestätigt, während Dupouy, Sanne, Weinstein, Finger und andere Autoren über die vorzüglichen Erfolge des Mittels bei Gonorrhoe berichten, und zwar gestützt auf ein großes klinisches Material, zu dessen Bearbeitung in erster Linie die günstigen Erfahrungen der Eingeborenen der Südsee-Inseln angeregt hatten.

Nachdem so die günstige Wirkung der Kawa von allen Untersuchern festgestellt und bewiesen worden war, lag es nahe, sie neuerdings therapeuthisch bei Gonorrhoe und Cystitis zu verwerten.

Der chemischen Fabrik J. D. Riedel in Berlin ist es nun gelungen, die pharmakodynamisch wirksame Harzmasse ($\alpha+\beta$-Harz) nach Eliminierung des indifferenten Kawahins und Yangonins chemisch rein darzustellen und sie in ostindischem Sandelöl zu lösen.

Das neue Präparat, welches mit dem Namen „Gonosan" belegt wurde, kommt in Kapseln in den Handel, von denen jede 0,3 g. Inhalt aufweist. Davon entfallen auf $\alpha+\beta$-Kawaharz 20%, also 0,06 g., auf Sandelöl 80%, also 0,24 g. Der Inhalt der Kapseln ist eine durchsichtige, gelbgrüne, ölige Substanz von scharfem, aromatischem Geruch, der die Kapseln durchdringt.

Dieses neue Antigonorrhoicum hat nach Boss große Vorzüge. Es übertrifft alle bisher bekannten Mittel an Wirkung und greift die Verdauungsapparate und Nieren nicht an. Er gelangt zu folgendem Schluß:

1. Der Tripper verläuft ohne jede unangenehme Empfindung, ohne Brennen beim Urinieren, ohne Schmerz;

2. Die Kawa wirkt diuretisch, klärt rasch den Urin und beschränkt die Sekretion;

3. Bei besonderer Beobachtung der Diät — Vermeidung der Alkoholika und möglichste Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr — bleibt unter Gonosan-Gebrauch die Entzündung in der Mehrzahl der Fälle auf den vorderen Teil der Harnröhre beschränkt. Hierdurch gelingt es, die Gonorrhoe in der vierten bis fünften Woche zur Heilung zu bringen und so eine Verkürzung des gewöhnlichen Ablaufes des Trippers herbeizuführen.

4. Bei Cystitis bewirkt Gonosan rasche Klärung des Urins und Beruhigung der Blasennerven.

Dieses Antigonorrhoicum hat inzwischen die Aufmerksamkeit einer ganzen Reihe von Autoritäten auf sich gelenkt, welche mit dem Mittel ausnahmslos gute Erfolge erzielten. Benninghoven, Reißner und Friedländer in Berlin, Spitzer in Wien, Küsel in Moskau, Meyer in Neapel, Sokal in Lemberg, Sarcany in Cralova, Zechmeister in Pola und viele andere haben durch eingehende Untersuchungen ermittelt, daß Gonosan als ein ideales Antigonorrhoicum anzusehen sei, dessen Wirkung bei Gonorrhoe stets zuverlässig ist.

Dagegen hat meines Wissens noch niemand die Wirkung des Gonosans bei Entzündungen der oberen Harnwege, also des Harnleiters, des Nierenbeckens und der Niere studiert.

Indessen brachte Friedländer das Gonosan auch in Anwendung bei Erkrankungen, die nichts mit Gonorrhoe zu tun hatten.

In einigen Fällen von Cystospasmus mit klarem Urin, ohne Gonorrhoe und ohne nachweisbare anatomische Veränderungen wurde das Gonosan, teils mit Erfolg, teils ohne Erfolg, angewendet. In einem Falle von Schmerzhaftigkeit nach dem Urinieren infolge Arrodierens des Blasenhalses durch Uratkonkremente blieb der Erfolg aus. Mehrere Fälle von Blasenkatarrh wurden sehr günstig beeinflußt, d. h. der Urin klärte sich, der Harndrang und die Schmerzen verschwanden. Als Hauptvorzüge des Gonosans stellt Friedländer die frappierende

anästhesierende und entzündungswidrige Eigenschaft in den Vordergrund. Daneben kommt ihm noch eine anämisierende und sekretionsbeschränkende Wirkung zu. (Schluß folgt.)

II. Referate.

v. Reuß: Ein Fall von orthotischer Albuminurie im Anschluße an Nephritis. (Wiener med. Wochenschrift Nr. 14. 1904.)

Es handelte sich in dem Falle R.'s um einen ca. neunjährigen weiblichen Patienten, welcher mit Cystitis und Nephritis auf Prof. Escherichs Klinik lag. Der Harn des Mädchens enthielt damals hyaline und granulierte sowie Epithelzylinder. Geheilt entlassen, stellte es die Mutter zufällig nach einigen Monaten wieder vor, bei welcher Gelegenheit man wieder Eiweiß im Harn entdeckte. Im Spital behalten, zeigte es sich, daß der Harn des Kindes am Morgen stets von Eiweiß frei war, während der Tagharn fast immer solches enthielt. Verf. spricht den Falf als orthotische Albuminurie an, welche vielleicht durch forcierte Bewegungen und durch ein nicht in völlig normaler Weise funktionierendes Zirkulationssystem zu erklären wäre. Bemerkenswert ist, daß bei der orthotischen Albuminurie es sich stets um Serumeiweiß handelt und Nucleoalbumin, welches bei der cyklischen Albuminurie konstant gefunden wird, bei dieser Erkrankung fehlt.

Straschnow-Prag

M. Thiemich: Über den Einfluß der Kalisalze auf die Eiweißausscheidung bei Nephritis. (Aus der Univers.-Kinderklinik in Breslau.) = Monatsschrift f. Kinderhlkd., Februar 1905. =

Th. hat die Angabe Bunges, daß die Kalisalze, wenn sie in reichlicher Menge die Niere passieren, dieselbe reizen könne, exakt nachgeprüft an einem 7jährigen Knaben, bei dem mehr als 2 Jahre lang eine starke Eiweißausscheidung, zeitweilig mit erheblichen Blutungen im Harne, beobachtet worden war. Pat. wurde verschiedenen, hinsichtlich ihres Kalireichtums stark divergierenden Ernährungsarten unterworfen. Wie zu erwarten war, entsprach die renale Ausfuhr des Kalium der Einfuhr desselben mit der Nahrung: bei Milch- und Kartoffelkost die höchsten, bei rohen Eiern und Reis die niedrigsten Zahlen für KCl. Wenn nun die Kalisalze wirklich ein die Niere schädigendes Moment darstellten, mußte der kaliärmsten Nahrung (rohe Eier) der niedrigste, der kalireichsten (Kartoffel) der höchste Eiweißquotient entsprechen. Das war nun keineswegs der Fall. Allerdings trat bei der kaliarmen (aber nicht kaliärmsten) Reisdiät die geringste Eiweißausscheidung ein, aber bei der kalireichsten (Kartoffel-) Kost ergab sich der zweitniedrigste Eiweißwert, und bei Fleischkost, welche an Kalireichtum nur unbedeutend die Reiskost übertrifft, die größte, der Reisdiät um das Doppelte überlegene Eiweißausscheidung.

Man sieht daraus, daß die Eiweißausscheidung bei chronischer Nephritis durch die Art der Ernährung beeinflußt werden kann, daß aber hierbei den Kalisalzen nicht die entscheidende Rolle zukommt. **Grätzer-Sprottau.**

L. Bolton Bangs, M. D. of New-York: **Hematuria as a symptom of Hydronephrosis. Nephrectomy. Cure.** (Medical News, February 11. 1905.)

Außer Israel tun wenige Autoren der Haematurie als Symptom der Hydronephrose Erwähnung. Newman meint ausdrücklich, daß Hydronephrose bei Haematurie nicht beobachtet worden sei. 13 derartige Fälle sind in den letzten Jahren berichtet worden: 9 von Israel, 1 von Morris, 1 von Allingham, 1 von Reclus und 1 von Albarran.

Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 19jährigen Manne, bei dem die Prüfung mit Harris Separator ergab, daß die linke Niere die erkrankte sein mußte. (Blut im Urin, letzterer geringe Mengen von Eiter, hyaline Zylinder, keine Tubercelbazillen enthaltend, spez. Gewicht 1005, Harnsalze 0,006, alkalisch reagierend, Flocken enthaltend.) Die Haematurien waren intermittierend und verschieden in Quantität, jedoch nie ernstlich. Einmal wurden sie durch Erschütterungen in einem Wagen wesentlich vermehrt.

Da keine Diagnose gestellt werden konnte, wurde eine Explorativincision gemacht, welche bestehende linksseitige Hydronephrose ergab. Nach der Operation wurde die exzidierte Niere dem Carnegielaboratorium zur Prüfung übersandt, welche subacute Pyelitis mit Destruktion des Epithels des Nierenbeckens mit teilweisem Granulationsgewebe fand. Die Pyramiden waren, ein Resultat der Hydronephrose, atrophisch. Die Arterien zeigten beträchtliche Endarteritis, führend zur Verengerung der Lumina der Gefäße. In der Cortex wenige Herde von Rundzelleninfiltration, aber keine Tuberkulose.

Nach Israel sind Lageveränderungen der Niere die häufigste Ursache der Hydronephrose (entweder infolge abnormer Mobilität oder angeborener zu tiefer Lage der Niere) Patient erholte sich völlig post operationem, so daß er 1 Jahr nach derselben Antrag auf Lebensversicherung stellte. Verf. hält einen Patienten mit einer Niere für wohl fähig, normales Lebensalter zu erreichen. **Rohleder-Leipzig.**

Max Petrenz: Über multiple Adenombildung in Schrumpfnieren. (Inaugural-Dissertation, Würzburg 1904, 31 S.).

Es handelte sich im beschriebenen Falle um das Auftreten von multiplen adenomartigen Knötchen in allen Größen in einer sekundären Schrumpfniere. Schon makroskppisch schienen die kleinsten Knötchen aus körnigen Überresten des nicht geschrumpften Nierenparenchyms hervorzugehen. Mikroskopisch waren die Knötchen teils nach dem Typus des einfachen tubulösen Adenoms gebaut, teils zeigten sie den Typus des pseudopapillären Adenoms. Die Ademomschläuche zeigten ein an das Epithel der Sammelröhren erinnerndes Epithel. **M.**

France: A Case of Cryptorchidism. (Medical Record, Dec. 10. 1904, p. 937.)

Fall von doppelseitigem Kryptorchismus, Entwicklung eines großen Spindelzellensarkoms in dem einen Hoden, Operation. Das Interesse des Falles liegt darin, daß Patient trotz des doppelseitigen Kryptorchismus weder impotent, noch steril war. **A. Freudenberg-Berlin.**

Rosenberger: Presence of Tubercle Bacills in the Urine of Patients suffering with Pulmonary Tuberculoce. (American Medicine, Dec. 5, 1904).

Rosenberger untersuchte den Urin von 25 an Lungen-, aber nicht Urogenital-Tuberkulose leidenden Patienten mikroskopisch und durch Meerschweinchen-Infektion auf Tuberkelbazillen. In 5 Fällen wurden ein paar isolierte, niemals in Häufchen liegende Bazillen konstatiert. Von den infizierten Tieren starben 3, davon waren bei einem keine Bazillen in dem infizierten Urin konstatiert worden. Die überlebenden zeigten bei ihrer Tötung nach 3 Monaten keinerlei tuberkulösen Prozeß.

A. Freudenberg-Berlin.

Georg Berg: Styptol in der urologischen Praxis. (Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. XVI. Bd., 1. Heft. 1905.)

R. Kaufmann: Über Styptol und seine Anwendung bei Blutungen der Harnorgane. (Deutsch. Med.-Ztg., No. 19. 1905.)

Berg hat das Styptol zunächst in Fällen angewandt, wo die Patienten mit Harnblutungen zur Untersuchung kamen. Es genügten Gaben von 3—4 Tabletten Styptol à 0,05 täglich, um in 1—2 Tagen das Aufhören der Blutung zu bewirken und die Untersuchung vornehmen zu können. Gute Dienste leistete ihm das Mittel auch in 3 Fällen von Urethrotomia interna bei starken Blutern, ferner in 2 Fällen nach der Lithotripsie. Er hält das Styptol für ein wertvolles internes Hämostatikum für die urologische Praxis.

Auch Kaufmann berichtet über günstige Erfahrung mit Styptol; wie aus seinen Ausführungen ersichtlich ist, „hat das Styptol die Erwartungen bezüglich seiner blutstillenden Wirkung voll erfüllt." M.

Alfr. Götzl: Die Behandlung der Enuresis mit epiduralen Injektionen. (Aus dem Karolinen-Kinderspital in Wien). (Zentralbl. f. die ges. Therapie 1905, No. 1.)

8 Fälle von reiner Enuresis, ohne jeden lokalen pathologischen Befund, wurden mit epiduralen Injektionen behandelt; injiziert wurde teils physiologische Kochsalzlösung, teils solche mit $^1/_2$—1%igem Kokainzusatz, und zwar in der Menge von 5—10 ccm. Nur in einem Falle zeigte sich evidenter Heilerfolg, und zwar schon nach der zweiten Injektion. Wiederholt wurden unangenehme Nebenwirkungen (Brechreiz, Schmerzen etc.) beobachtet.

G. hält diese Methode nur dann für indiziert, wenn alle anderen Mittel versagt haben. Grätzer-Sprottau

Kornfeld: Zur Ätiologie und Klinik der Bakteriurie. (Wiener med. Wochenschrift 1905, Nr. 11.)

Nach Verfasser ist keineswegs jede nachweisliche Bakterienausscheidung durch den Harn zu verstehen, wie sie bei den Infektionskrankheiten (Typhus, Tuberkulose, Scharlach u. a.) vorkommen kann. Nach dem heutigen Stande des Wissens haben wir als Bakteriurie im engeren Sinne die Ausscheidung eines Harnes zu verstehen, der frisch entleert, massenhaft Bakt. coli förmlich in Reinkultur enthält, die sich durch eine opalisierende fein-

staubförmig-wolkige Trübung kenntlich macht. Der charakteristisch fade, oft faulige Geruch macht die Kranken, die zumeist keine Blasenerscheinungen darbieten, auf die Anomalie aufmerksam. Eine Entzündung der Harnwege besteht nicht. Der Prozeß ist demnach von Cystitis strenge zu sondern und die Benennung Colicystitis fallen zu lassen. Nach K. entsteht die Bakteriurie durch Überwandern der Darmbakterien auf direktem Wege in die Blase. Die Bakteriurien bei Nephritis und Pyelitis gehören, streng genommen, nicht hierher, da dies auf dem Wege der Blutbahn entstandene deszendierende Bakteriurien sind, während die sogenannten Blasenbakteriurien niemals aszendieren. Verf. ist der Ansicht, daß die Symptome der Bakteriurie (Fieber, Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Mangel der Appetenz), die oft sehr in den Vordergrund treten, leicht zu Verwechslungen mit chronischem Magen-Darmkatarrh, Magenatonie, Anämie, Nephritis, Pyelitis führen können und jede Therapie erfolglos bleibt, bis nicht die Grundursache aller Erscheinungen, die Bakteriurie erkannt wird. Therapeutisch stellt K. vor allem die Instillationen in die Blase (Sublimat 1 : 5000 bis 1 : 3000) in den Vordergrund. Verf. kommt zu dem Schlusse, daß die reine gemeine Bakteriurie keine Cystitis im exakten Sinne, kein Entzündungsprozeß ist, sondern eine, zur Generalisierung neigende Anomalie der Harnveränderung ausschließlich durch das, in diesen Fällen nicht pyogene Bact. coli commune; die Bakteriurie wird leichter und öfter als jede andere Affektion im Bereiche des Harnapparates zum Nachteile der Kranken verkannt. **Straschnow-Prag.**

C. Polletzer: Kreuzschmerz und Dysurie bei kranken Frauen. (Wien. kl. Rundschau Nr. 43. 1904.)

Im ersten Teil bespricht Verf. den Kreuzschmerz. Er fehlt fast bei keiner Erkrankung der inneren Genitalorgane; bes. häufig ist er bei Endometritis, Perimetritis bei Tumoren, durch Druck auf das Kreuzbein bedingt. Besonders tritt er bei der sog. Koccygodynie in den Vordergrund. Schließlich erwähnt Verf. noch die Kreuzschmerzen bei Meteorismus gastrointestinalis.

Im zweiten Teile wird die Dysurie, i. sp. der schmerzhafte Harndrang besprochen. Er kommt vor bei Erkrankungen der Vulva: bei Entzündungen, Traumen, der senilen Involution, Oedem, Elephantiasis, Ulcus durum, Lupus, Ulcus rodens und Neubildungen, häufig vergesellschaftet sich Dysurie mit Pruritus. Ferner erzeugen Erkrankungen der Urethra Dysurie, bes. wichtig sind hier die Entzündungen bes. Gonorrhoe, seltener sind Carunkeln, kleine Papillome und Stricturen. Daß Cystitis Dysurien erzeugen kann, ist selbstverständlich. Von Krankheiten der inneren Genitalien kommen hier in Betracht: Metritis und Endometritis, Vaginitis, Verlagerungen des Uterus, Tumoren des Uterus, Hämatometra etc. Sehr lästig ist bes. zuweilen der Perimetritis adhaesiva.
A. Seelig-Königsberg i. Pr.

J. Straßburger: Der qualitative Nachweis des Zuckers im Urin. (Nach W. S. Haines.) (Mediz. Klinik 1905, Nr. 6.)

Durch einen amerikanischen Kollegen veranlaßt, empfiehlt St. die Zuckerprobe nach Haines, die in Amerika sehr beliebt ist. Sie beruht ebenso wie die Fehling'sche Lösung auf dem Prinzip der Reduktion, hat aber

vor dieser den Vorzug, daß sie sich länger hält und durch die Verdünnung des Urins viele Substanzen, welche die Reaktion stören können, unwirksam macht. Die Zusammensetzung der Lösung ist folgende:

„Man löst 2,0 gr. reines schwefelsaures Kupfer in 15 ccm. destilliertem Wasser und fügt 15 ccm. reines Glycerin hinzu. Das Ganze wird mit 150 ccm. einer 5%igen Lösung von Kaliumhydrat gemischt."

Von dieser Lösung werden 4 ccm. im Reagenzglas zum Kochen erhitzt, dann einige Tropfen Urin zugesetzt und wieder gekocht, worauf bei Vorhandensein von Zucker schnell ein roter bezw. gelber Niederschlag von Kupferoxydul bezw. Kupferoxydulhydrat entsteht. Bei geringen Mengen Zuckers dürfen höchstens 10 Tropfen Urin zugesetzt und 2 Minuten gekocht werden.

Die Reaktion ist nach Haines noch genauer als die Trommer'sche Probe.

Pollock-Freiburg.

Emil Herrmann: Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Bubonen. (Wien. kl. Rundschau Nr. 46.)

H. hat an 61 Fällen die von ihm etwas modifizierte Somogsyische Methode (Injekton von 1% Jodoformglyzerin in die Drüsen, nachdem durch eine kleine Stichöffnung der Eiter abgeflossen ist) angewandt und dabei vorzügliche Resultate erzielt, indem

5	Fälle	in	4	Tagen
19	„	„	5	„
16	„	„	6	„
9	„	„	7	„
7	„	„	8	„
2	„	„	9	„
3	„	„	10	„

ohne Komplikation heilten.

Das Verfahren ist indiziert, sobald Fluctuation nachzuweisen ist, auch Bubonen schankröser Provenienz bilden keine Kontraindikation der Methode.

A. Seelig-Königsberg i. Pr.

R. Lucke: Zur Behandlung der Trippermetastasen des Mannes. (Pharmakologische und therapeutische Rundschau No. 3, 1904.) Verfasser empfiehlt bei indirekten Complikationen, d. h. solchen, die nicht „der Urethritis posterior und ihrer Gefolgschaft" angehören, die Harnröhre zu behandeln und zwar am besten mit hydrostatischen Druckspülungen (Collargolwasser $^1/_5$—1%).

A. Seelig-Königsberg i. Pr.

C. Brehmer: Über Gonococcensepsis der Neugeborenen. (Deutsche med. Woch., 1905, No. 2).

Metastatische Erkrankungen sind bei der Gonococceninfektion des Auges entschieden selten, deshalb kann jeder neue Fall ein gewisses Interesse beanspruchen, vor allem, wenn, wie hier, die Diagnose durch die bakteriologische Untersuchung gesichert werden konnte. Das Kind kam 8 Tage nach der Geburt mit beiderseitiger schwerster Blennorrhoe zur Aufnahme in das

Solinger Versorgungshaus. Bei der Mutter fand sich gonococcenhaltiger Scheidenausfluß und eine noch nicht lange bestehende Entzündung des linken Ellenbogengelenks. Nach einigen Tagen starb das Kind unter den Zeichen allgemeinen Kräfteverfalls, ohne Fieber; noch intra vitam hatten eine entzündliche Schwellung beider Fußgelenke und des linken Ellenbogengelenks, sowie Albuminurie und unreine Herztöne beobachtet werden können, im Bindehauteiter Gonococcen. Die Sektion ergab u. a. subpleurale und epicardiale Blutungen; Herzklappen intakt; seröse Pericarditis. Im Eiter des erkrankten Ellenbogengelenks fanden sich Gonococcen sowie andere, nach Gram nicht entfärbbare Coccen; es hatte sich hier also um eine Mischinfektion gehandelt.

Drucker-Stuttgart.

Galewsky: Über lösliches Kalomel (Kalomelol). (Münch. med. Wochenschr. 1905 No. 11.)

Kalomelol ist ein weißgraues Pulver, fast geschmack- und geruchlos, löslich in kaltem Wasser 1 : 50. Reiz- und Giftwirkung treten nicht ein, da Sublimat aus dem Kalomelol im Gegensatz zu dem Kalomel nicht entsteht. Es enthält 75% Kalomel, die übrigen 25% bestehen aus Eiweißsalzen (= 66% Hg). Aus diesem Kalomelol ist von der Chem. Fabrik v. Heyden das Ung. Heyden mitius, eine weißlich graue Salbe hergestellt worden, die 30% Hg enthält, die Wäsche und Unterkleidung nicht verunreinigt. Die Giftigkeit des Kalomelols verhält sich zu Sublimat und zu Kalomel wie 3 : 0,1 : 0,5 (bei 3 g. tritt erst bei Versuchstieren Erbrechen ein). Verwandt wurde es zu Schmierkuren, deren Wirkung um so schneller war, je leichter das Kalomelol Gelegenheit hatte, in offene Stellen der Haut einzudringen und resorbiert zu werden. Die Anfangsdosis von 5 gr. wird bald auf 10 gr. gesteigert. Die Wirkung ist eine milde. Von Einspritzungen wurde wegen der Schmerzhaftigkeit und der starken Infiltrate bald Abstand genommen. Dagegen wird die Pillen- resp. die Tablettenform gerühmt mit Opiumzusatz. Auch als Streupulver oder in Form von 2% Umschlägen hat es sich bewährt. Das Kalomelol-Salicyl-Seifen-Trisoplast u. K. pflastermull sind wegen ihrer unauffälligen Farbe ein gutes Erweichungsmittel zur lokalen Behandlung. Kalomelol empfiehlt sich zu milden Zwischenkuren und bei Hg-Idiosynkrasie.

Steiner-Mannheim.

Löwenfeld: Über sexuelle Abstinenz. (Zeitschr. f. Bek. d. G., 1905 No. 5 und 6.)

Löwenfeld beleuchtet die Abstinenz bei Männern aus den gebildeten Ständen und kommt zu dem Resultat, daß sie nur unter gewissen Bedingungen die Bedeutung eines pathogenen Faktors gewinnen kann. Bei andauernden, krankhaften Zuständen liegt in der Regel eine Konstitutionsanamalie vor, die angeborene oder erworbene neuro-psychopatische Disposition, was besonders für die Angstneurose gilt. Die hygienischen Maßnahmen müssen den Zustand des Nervensystems und die Produktion der libidogenen Substanz berücksichtigen; er lenkt die Aufmerksamkeit dabei auch auf Regelung des Stuhlgangs. Entgegen Marcuse, hat der Arzt im allgemeinen, von Ausnahmen abgesehen, keinen genügenden Grund den Patienten, die direkt oder indirekt

infolge von sexueller Abstinenz von neuro- oder psychopatischen Störungen heimgesucht werden, den illegitimen Geschlechtsverkehr zu empfehlen. Zum Schlusse empfiehlt er den Liquor sedans bei sexueller Hyperaesthesie und anderen sexuellen Reizerscheinungen. **Steiner-Mannheim.**

v. Dühring: Über Quecksilberwirkung. (Münch. med. Wochenschr. 1905 No. 13).

Nach den verschiedenen Erklärungsversuchen des „Wie" der Hg-Wirkung wendet sich D. zu Schades Auffassung, der die Wirkung des Hg auf die Gewebe als eine katalytische ansieht, indem er eine elektrische Kräftewirkung als Ursache der Katalyse annimmt. Eine von Schade angeführte Arbeit Waltors kommt zu dem Resultat, daß dem Jodkali und anderen Jodverbindungen nur ein Effekt der von Schade beim Hg beobachteten Kräfte analoge Fähigkeit katalytischer Oxydationsbeschleunigung zukommt. Unter Katalyse ist nach Ostwald „die Beschleunigung eines langsam verlaufenden chemischen Vorganges durch die Gegenwart eines fremden Stoffes" zu verstehen. Bezügl. der näheren Details dieser Arbeit verweise ich auf den Originalaufsatz. **Steiner-Mannheim.**

Unschuld: Noch eine Mitteilung über Balsamum peruvianum. (Münch. med. Wochenschr. 1905, No. 13.)

Verf. rühmt die guten Wirkungen des B. p. bei dem Mal perforant der Diabetiker. **Steiner-Mannheim.**

Lieven: Therapeutische Notizen zur Syphilisbehandlung. (Münch. med. Wochenschr. 1905, No. 13.)

Zur Verhütung des Jodismus empfiehlt L.:

Kaljodat 30,0 Ferr. citric. ammon. 4,0 Strychn. nitric. 0,02
Elaeosacch. menth. pip. 5,0 Ag. flor. Aurant ad 120,0
St. 1 Theel. in Wasser zu nehmen.

Zur Regelung der Darmfunktion empfiehlt er das Aachener Trinksalz. **Steiner-Mannheim.**

Alfred Langen: Kasuistische Beiträge zur Lehre vom Exhibitionismus. (Inaugural-Dissertation, Bonn 1903.)

Verf. gibt die genauen Daten über 4 Fälle von Exhibitionismus. Die Beurteilung dieser Fälle bietet keine erheblichen Schwierigkeiten, ein Zweifel über die Genese des Exhibitionismus könnte höchstens im Fall 4 aufkommen. Daß 3 der 4 Kranken Epileptiker sind, entspricht der von verschiedenen Seiten hervorgehobenen Beobachtung, daß Exhibitionismus auf dieser Basis am häufigsten vorkommt. Verheiratet war nur einer. In Fall 1, 2 und 4 kam es zur Gerichtsverhandlung; den ausgestellten Gutachten wurde in Anbetracht der oben betonten Klarheit der krankhaften Grundlage jedesmal durch Einstellung des Verfahrens Folge gegeben. Fall 3 gewinnt dadurch an Bedeutung, daß ausführliche Angaben des Kranken über seinen Zustand vorliegen, an deren Glaubwürdigkeit kaum gezweifelt werden kann, da er nicht unter Anklage stand, also auch keinen Grund hatte, die Wahrheit zu

entstellen. Fall 4 wurde wegen gleichartiger Vergehen mit im ganzen $2^1/_2$ Jahren Gefängnis bestraft; allem Anschein nach hat er auch bei diesen früheren Delikten schon unter dem Einfluss seines krankhaften Zustandes gestanden, sodaß er bei Hinzuziehung eines psychiatrischen Sachverständigen höchstwahrscheinlich schon damals freigesprochen worden wäre. M.

L. Tobler: Über funktionelle Muskelhypertrophie infolge exzessiver Masturbation. (Aus der Universitätskinderklinik Heidelberg.) = Monatsschrift f. Kinderhlkd., Februar 1905. =

6jähriges, körperlich und geistig normal entwickeltes Mädchen ist sonst ganz gesund, nur fällt sofort ein Volumenunterschied der Beine auf, das linke erscheint durchwegs schmächtiger, als das sehr plastische rechte. Genauere Untersuchung ergibt, daß es sich um eine Hypertrophie des ganzen rechten Beines, die sich am stärksten an der Wade ausspricht, nebst leichter Kontraktur oder Retraktion der Wadenmuskulatur rechts handelt.

Die Anamnese zeigte, daß das Kind seit Beginn des 2. Lebensjahres an eigentümlichen „Schmerzanfällen" im Leibe leidet, wobei das rechte Bein von dem Kinde steif gehalten wird und stoßende Bewegungen ausführt.

Pat. wird zur Beobachtung in die Klinik aufgenommen, wo sehr bald ein „Anfall" beobachtet wird. Das Kind liegt bei freiem Sensorium da, mit gerötetem Gesicht, glänzenden Augen, die Haut etwas feucht. Unter der Decke sah man das rechte Bein zuckende Bewegungen ausführen. Nach dem Blosdecken bemerkte man folgendes: Die rechte Hand war mit krampfhaft gespreizten Fingern auf der Unterlage ausgestreckt, die linke Hand zwischen die Oberschenkel geklemmt, das rechte Bein im Hüft- und Kniegelenk leicht gebeugt, der Fuß in extremer Plantarflexion; die Wadenmuskulatur sprang athletenhaft vor, das ganze Bein fühlte sich bretthart an und führte in diesem Zustande kurze, reibende Bewegungen am anderen Beine aus.

Es handelte sich hier offenbar um einen exzessiven Grad von Masturbation, und die Hypertrophie war eine Arbeitshypertrophie, welche erklärlich war, da nach Angabe der Mutter jene „Krämpfe", welche mit dem äußerst energischen Kontraktionszustande der Muskeln einhergingen, oft Tag und Nacht ununterbrochen andauerten. Es wurde ferner eine abnorme Fußstellung durch den dauernden Muskelzug eingenommen; die anhaltende einseitige Hyperfunktion führte dann zu einer ebenso einseitigen Hypertrophie und so sekundär zum Überwiegen der hinteren Unterschenkelmuskeln über die vorderen. So erklärt sich die Kontraktur der Wadenmuskulatur.

Strenge Aufsicht, ein nachts zwischen die Unterschenkel gesehnallter Sperraparat, hydrotherapeutische Prozeduren machten der Masturbation ein Ende; die Kontrakturstellung des Fußes wurde durch passive Bewegungen beeinflußt. —

Als Beleg für das frühe Vorkommen der Masturbation im 1. Lebensjahre führt T. noch folgenden Fall an: 7 monatlicher Säugling leidet seit 4 Wochen an eigentümlichen Anfällen. Der rechte Unterschenkel legt sich bei vollständig gebeugtem Knie der Innenseite des Oberschenkels an. Der rechte Absatz wird fest in die Vulva eingebohrt, der rechte Fuß in der Knie-

kehle des linken Beines festgehalten. In dieser Stellung führt das Kind fast ununterbrochen kreisende und bohrende Bewegungen aus, wobei es von Zeit zu Zeit zu ausgesprochenem Orgasmus kommt.

Auch hier war die Behandlung — leichte Fixation der Beine in gespreizter Stellung durch Umschlingen mit der Windel und Feststecken derselben mit Nadeln — von Erfolg begleitet. **Grätzer-Sprottau.**

C. Hamburger (Augenarzt): **Zum § 218 des Reichs-Strafgesetzbuches.** (Medizinische Reform 1905, Nr. 9.)

Verf. bespricht die Broschüre der Gräfin Gisela von Streitberg: „Das Recht zur Beseitigung keimenden Lebens, § 218 des Reichs-Strafgesetzbuches in neuer Beleuchtung", in welcher die Verfasserin voll und ganz für das Recht, die Leibesfrucht zu beseitigen, eintritt. Inwieweit der Staat sich auf die Seite der Verfasserin stellen kann, ist nicht Sache der Ärzte zu untersuchen. Wohl aber sollte diese Schrift dazu dienen, den Ärzten immer wieder ins Gedächtnis zu rufen, daß sie möglichst großherzig sein mögen bei der Beurteilung derjenigen Frauen, welche conzipiert haben und schwer krank sind. Schwindsüchtige Frauen insbesondere sollten keine Kinder haben. Die Abtreibung ist straffrei, wenn sie der Arzt zur Rettung des Lebens der Mutter für nötig erachtet. Daß die Vorsicht gebietet, das Urteil eines zweiten Arztes einzuholen und schriftlich niederzulegen, braucht nicht erst gesagt zu werden. Aber tief bedauerlich ist es, wenn die offiziellen Kundgebungen für diese brennende Frage nur eisiges Schweigen haben. Das Wort „und der Lebende hat Recht" sollten sich diejenigen vor Augen halten, die über dem ungeborenen Säugling die schwindsüchtige Mutter vergessen, deren Existenz in der Familie eine Lebensfrage ist. **Immerwahr-Berlin.**

W. Zeuner in Berlin: Neuere Mittel zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten. (Deutsche Medizinische Presse, 1905, Nr. 3.)

Ein Prophylaktikum, welches der Förderung der Reinlichkeit und Desinfektion entspricht, und außerdem äußerst handlich und leicht anwendbar ist, sind die „Amorkugeln", die aus dünnwandigen, leichtlöslichen Gelatinekapseln bestehen. Sie enthalten folgende wirksame Substanzen:

Sapon oleacei 1,0
Chinosol 0,005
Acid. benzoici 0,1
Hexamethylen tetramin 0,001.

Die Anwendung der Amorkugeln ist höchst einfach; eine solche, die in kleinen Schachteln jedermann bei sich tragen kann, wird einige Minuten vor dem beabsichtigten Verkehr möglichst weit in die Scheide eingeführt. Durch die Körperwärme gelangt die Kugel hier leicht zur Lösung, und es bildet sich alsbald eine kaum wahrzunehmende, leicht schleimige, antiseptische Flüssigkeit, welche beide beteiligte Personen in der bezweckten Weise sicher stellt. In ihrer Zusammensetzung, in der ovalen Form, in ihrer plastischen Beschaffenheit und in ihrem geringen Volumen bieten die Amorkugeln vor den bisher üblichen, sonstigen Präparaten dieser Art mancherlei unverkennbare Vorteile, und sie bedeuten daher einen erheblichen Fortschritt

auf diesem Gebiete. Sie sind in den Apotheken zu haben. Die Amorkugeln üben keinerlei nachteiligen Wirkungen auf die menschlichen Schleimhäute aus. Benutzt eine Frau die Amorkugeln öfters, so empfehlen sich selbstverständlich Ausspülungen mit nicht zu warmem Wasser, wie überhaupt Reinlichkeit und desinfizierende Waschungen für Mann und Frau stets wünschenswert sind. Abgesehen von ihrer desinfizierenden Wirkung, haben die Amorkugeln eine auffallende Einwirkung auf Spermatozoën, indem sie auf die meisten Spermatozoën sofort abtötend wirken. Die Amorkugeln geben also nicht nur gegen Gonorrhoe, sondern auch gegen Ulcus molle mit seinen Folgeerscheinungen und gegen Syphilis die Möglichkeit eines höchst erwünschten Schutzes und haben außerdem eine vorzügliche antikonzeptionelle Wirkung. **Immerwahr-Berlin.**

Berliner Dermatologische Gesellschaft. Vorsitzender: Lesser. Schriftführer: Bruhns.

Sitzung vom 10. Januar 1905.

1) Roscher stellt einen Fall vor, der infolge Lues Lähmungserscheinungen darbot, die unter spezifischer Behandlung zurückgingen bis auf Hinken des linken Beines. Dieses muß als hysterische Lähmung auf luetischer Grundlage (Toxinwirkung) aufgefaßt werden. — Kromayer hält die Auffassung nicht für berechtigt, vielmehr hat hier das syphilitische Virus frühzeitig direkt auf das Nervensystem gewirkt. Lesser und Bloch vertreten den Standpunkt des Vortragenden und betrachten den Fall als reine funktionelle hysterische Gehstörung ohne anatomische Grundlage. — R. demonstriert zweitens einen Fall von sekundärer Lues mit Menière'schen Symptomenkomplex: Lähmung des VI., VII. und VIII. Gehirnnerven. Es besteht noch eine Lähmung des linken Facialis und völlige Taubheit. Es handelt sich wohl um eine Drucklähmung infolge Periostitis intern. cranii. Die lange Dauer ist vielleicht durch Ossifikation bedingt. Prognose dubiös.

2) Bloch a. G. berichtet über einen Fall von gonorrhoischer Myelitis bei einem 23jährigen Mann: linkes Bein ist leicht spastisch paretisch, erhebliche Herabsetzung der Muskelkraft des linken Beines, Steigerung der Reflexe links, Blase analgetisch paretisch (Harnträufeln), Erektionen sind fortgeblieben. Sitz der Myelitis wird in's untere Dorsalmark verlegt. — Lippmann-Wulf vermißt die Angabe über Beschaffenheit des Urins. Vielleicht handelt es sich um Neuritis im Gebiet des Ischiadicus und daneben um Blasenspasmus infolge Urethritis poster. Wechselmann und Bloch verteidigen obige Diagnose.

3) Hoffmann's Demonstration betrifft einen Syphilitiker mit einer Pseudosklerose (indurierte Papel) am Ellbogen.

4) Heuck zeigt einen Fall von Strabismus penis infolge plastischer Induration der Corpora cavernosa.

Sitzung vom 14. Februar 1905.

1) B. Markuse demonstriert a) eine Frau mit impetigoähnlichen syphilitischen Effloreszenzen an der Lippe, die als Herpes begonnen hatten; daneben crustöse Syphilide am Körper, b) eine syphilitische Phlebitis im

Sekundärstadium der Lues, c) mikroskopische Präparate einer framboesiformen Papel. Gegen letztere empfiehlt Blaschko Aufpinselung einer starken Chromsäurelösung. Saalfeld schließt an diese noch eine 5%ige Sublimatlösung an.

2) Wechselmann zeigt 2 Fälle von Chancre bipolaire oder successif. (1 Schanker am Glied und 1 am Kinn).

3) Blaschko empfiehlt einen neuen aseptischen Rasierpinsel; der Pinsel besteht aus Pflanzenfasern und ist auswechselbar. **Blanck-Potsdam.**

III. Besprechungen.

Otto Mankiewicz: Kunstbuch derinnen ist der gantze gründliche volkommene recht gewisse bericht und erweisung vnnd Lehr des Hartenn Reissenden Schmertzhafftigenn Peinlichen Blasen Steines verfasset vnnd beschriebenn durch Georgium Bartisch vonn Koenigsbrück. Im Altenn Dreßden. 1575. — (Berlin W 30, Verlag von Oscar Coblentz. 1905.)

Mankiewicz begründet die neue Herausgabe des 1575 von Bartisch vollendeten Kunstbuches über den Steinschnitt mit folgenden Worten: „dasselbe ist so originell geschrieben, auf der Erfahrung von vierteinhalbhundert Operationen in achtundzwanzigjähriger Tätigkeit aufgebaut und mit so vorzüglichen, vom Autor selbst angefertigten Abbildungen der Instrumente versehen, daß ich eine dreihundertdreißig Jahre nach der Abfassung erfolgende Herausgabe im kulturhistorischen als auch im medizingeschichtlichen Interesse für geboten erachte." — Wir können M. nur dankbar sein, daß er uns die Lektüre dieses hochinteressanten Buches ermöglicht hat. Wenn diese auch anfangs etwas schwer fällt, so liest man sich doch bald hinein und kann sich ein paar Stunden angenehm unterhalten. Einzelheiten aus dem Werke hervorzuheben oder herauszugreifen, verbietet uns die Ehrfurcht und die Zwecklosigkeit, auch erspart uns M. durch eine erläuternde Einleitung jeden weiteren Kommentar. Wer sich für dasselbe interessiert, möge es im ganzen lesen. Die Ausstattung ist eine würdige. **Blanck-Potsdam.**

Dr. med. Fr. Hißbach: Neue Mittel und Wege zur Heilung der Zuckerkrankheit. Zweite, bedeutend vermehrte Auflage. (Leipzig, Modern-Medizinischer Verlag.) 111 S., Mk. 2.—.

Das populär geschriebene Werkchen berichtet über Ursache und pathologische Merkmale der Zuckerkrankheit, über ihr Wesen, ihre Heilung, über Harnanalysen und bringt zum Schluß einen vierwöchentlichen Diätzettel für Zuckerkranke. Es macht einen sehr ungünstigen Eindruck, daß Verfasser im Text alle die Mittel besonders herausstreicht, die am Ende annonciert sind. **M.**

SANATOGEN

wirksamstes Kräftigungsmittel
und
zuverlässiges Nerventonicum

Indiciert bei

Sexual-Neurasthenie

Impotenz, Syphilis und Quecksilber-Kachexien
sowie Erschöpfungszuständen aller Art.

Den Herren Aerzten Literatur und Proben gratis und franco
von **BAUER & Cie.**, Sanatogenwerke, **Berlin SW. 48.**

Unguentum Heyden

Salbe aus **Calomelol** (kolloidal. Kalomel). **Diskreter Ersatz für Merkurialsalbe.** Färbt nicht, wird nicht ranzig, keine Follikulitis. Bestes **Antiparasitikum.** Ausgezeichnetes **Antisyphilitikum.** Nach *Neisser* und *Siebert* das Durchführen und methodische Wiederholen der Schmierkur außerordentlich erleichternd. Normaldosis für eine Einreibung 6 g. In graduierten Röhren zu 30 und 60 g. Wegen der Empfindlichkeit der Salbe Abpackung in Einzeldosen möglichst zu vermeiden.

Calomelol in Tabletten zu 0,01 innerliches **Antisyphilitikum,** als Streupulver auf **syphilitische Geschwüre.**

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Bester Ersatz für Jodoform.

Xeroform

Beim Gebrauch geruchlos, ungiftig, nicht reizend, kein Ekzem erzeugend. Eminent austrocknend und sekretionsbeschränkend **Schnellst wirkendes Ueberhäutungsmittel.** Desodorisiert selbst jauchige Sekrete. **Spezifikum bei nässenden Ekzemen, Intertrigo, Ulcus cruris, Verbrennungen.**

Novargan

Das **reizloseste Antigonorrhoikum** unter den **Silberpräparaten.** Enorm keimtötend; große Tiefenwirkung. 0,5 bis 1%ige Lösung zu den üblichen Injektionen, 15%ige Lösung zur Instillation bei der **Abortivkur** nach *Lucke.*

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Soeben erschienen im Verlage der Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene, W. Malende in Leipzig nachgenannte

2 Novitäten:

Die männlichen Geschlechtskrankheiten. Von **Dr. med. Robert Lucke**-Magdeburg (Spezialarzt für Blasen- und Harnkrankheiten). Preis 75 Pf.

Der Schmerz, ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel. Eine Schmerz-Theorie. Von **Ad. Alf. Michaelis.** Preis Mk. 3.—. (= Ein derartiges Werk existierte aber bisher **nicht!** =)

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Sapolentum Hydrarg. Görner

zur farblosen Quecksilber-Schmierkur

Bewährter Fortschritt!

ist in Gelatinekapseln dispensierte 33⅓% Quecksilbersalbe löst sich in Wasser. Der Körperteil ist nach der Bearbeitung

farblos, sauber und geruchlos.

Hauptvorzüge gegen Unguentum cinereum:
Unveränderliche Haltbarkeit und **Kontrolle** des **Masseurs.**
Ambulante Behandlung ohne Berufsstörung des Patienten.
Zuverlässige Wirkung, welche von Dr. Max Josef klinisch erprobt, in wissenschaftlichen Arbeiten besprochen und von Dr. A. Blaschko und vielen anderen Autoritäten lobend anerkannt ist.

(Derm. Centralbl. 1898 No. 6. Dtsch. Ärzte-Ztg. 1900 H. 8 und 1901 H. 2. Berl. klin. Wochenschr. 1900 No. 51 und 52. Lehrbuch d. Geschlechtskrankheiten, Dr. Max Joseph, III. Aufl. 1901).

Preis für 1 Schachtel mit je 10 Kapseln: à 3 gr. = 1.50, à 4 gr. = 1.75, à 5 gr. = 2 M., wie ungt. einer. in Papier.

Zu beziehen durch alle Apotheken oder direkt von

Görner, Hofapotheker, Berlin W., Ansbacherstr. 8.

Kein Vehikel befördert die Resorption wie **VASOGEN**

Jod-Vasogen
6% u. 10%.
Innerlich und äußerlich an Stelle von Jodkali und Jodtinktur. Schnelle Resorption, energische Wirkung; keine Nebenwirkungen; keine Reizung und Färbung der Haut.
30 gr. Mk. 1.—, 100 gr. Mk. 2.50.

Hg.-Vasogen-Salbe
33⅓% u. 50%.
enthält das Hg. in feinster Verteilung, wird schnell und vollkommen resorbiert, daher kein Beschmutzen der Wäsche, unbegrenzt haltbar und billiger als Ung. ciner.
In Gelat.-Kaps. à 3, 4 u. 5 gr.

Da wertlose Nachahmungen vorhanden, bitten wir, stets unsere Original-Packung („Pearson") zu ordinieren.

Vasogenfabrik Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg.

Anthrasol. Gereinigter, farbloser Teer.

Anthrasol ist ein leichtflüßiges, hellgelbes Öl mit spezifischem Teergeruch, wird schnell resorbiert und besitzt größere Tiefenwirkung als gewöhnlicher Teer. Anwendung: wie Steinkohlenteer bei Ekzem, Pruritus, Lichen, Scabies usw.

Literatur und Muster zu Diensten.

Knoll & Co., chemische Fabrik, Ludwigshafen a. Rh.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig. — Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—)
Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 31.

Heft 5. **Mai 1905.** Jahrgang II.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten:

1. *Magnus Hirschfeld-Charlottenburg:* „Ein seltener Fall von Hermaphroditismus."
2. *Ries-Stuttgart:* „Über Harnverhaltung".
3. *M. Lavaux-Paris:* „Über die Anästhesierung der Nieren und oberen Harnwege." (Schluß.)

II. Referate:

1. *M. Chryssovergis:* „Origine dyspeptique des petits accidents du brightisme."
2. *Prof. L. Jores:* „Über die Arteriosklerose der kleinen Organarterien und ihre Beziehungen zur Nephritis."
3. *Widal* et *Javal:* „Cure de dechloruration et albuminurie brightique."
4. *J. Steinhardt:* „Kasuistische Mitteilungen."
5. *T. Pick:* „Über Hemianopsie bei Urämie."
6. *J. Dzirne:* „Über Behandlung der Nephrolithiasis, Hydro- und Pyonephrose."
7. *Fritz Poly:* „Bestimmungen der molekularen Konzentration des Blutes und des Urins bei doppelseitigen Nierenerkrankungen."
8. *A. Loeb* und *C. Adrian:* „Rechtfertigt erhöhte molekulare Blut-Konzentration bei Nierenerkrankungen immer den Schluß auf Kranksein beider Nieren?"
9. *Leopold Casper:* „Zur Diagnostik und Therapie der Nierentuberkulose."
10. *Senator:* „Über physiologische und pathologische Albuminurie."
11. *M. Bazy:* „Sur une nouvelle variété d'incontinence nocturne d'urine."
12. *R. Kutner-Berlin:* „Zur Behandlung der unfreiwilligen Harnentleerung."
13. *L. Stolper-Wien:* „Die Behandlung der Enuresis bei Mädchen."
14. *G. E. Brewer-New-York:* „A Report of Six Cases of Calculus in the Pelvic Portion of thé Ureter."

15. *Berthold Goldberg-Köln:* „Die keimfreie Aufbewahrung weicher und halbweicher Katheter."
16. *George Theodore Mundorff-New-York:* I. „Report of a case of obstinate phosphatic diathesis cured by systematic dilatations of the posterior urethra." — II. „The Kollmann five-glass test."
17. *J. B. Studzinski:* „Beitrag zur Kenntnis der Wirkung der Essentia antimellini composita bei Diabetes mellitus."
18. *Julius Baer:* „Über die Einwirkung der Glykuronsäureausscheidung auf die Acidose."
19. *E. Rudeck:* „Nachweis des Harnzuckers durch kolorimetrische Bestimmung nebst Eiweißmessung."
20. *Max Fischer:* „Über die Bedingungen, welche die Ausscheidung der Alkalien im Harn begünstigen."
21. *P. von Kubinyi:* „Gefährliche Blutungen aus den Harnwegen während der Schwangerschaft."
22. *Dr. Albrecht Frhr. v. Notthafft:* „Über scheinbar mit der Prostata nicht zusammenhängende, aber dennoch durch Prostatitis bedingte Schmerzen nebst einigen Bemerkungen über chronische Prostatitis."
23. *M. Mosny:* „Polyarthrite puerpérale de nature gonococcique."
24. *M. Ménétrier:* „Sur un cas de polynévrite blennorrhagique terminée par la mort."
25. *P. Ravant* et *Darré:* „Les réactions nerveuses au cours des herpis génitaux."
26. „L'uréthrite staphylococcique par coit „ab ore"."

III. **Besprechungen:**

1. *Prof. Henri Hartmann:* „Organes Génito-Urinaires de l'homme."
2. *Dr. Wilhelm Sternberg:* „Die Judenkrankheit, die Zuckerkrankheit, eine Folge der rituellen Küche und orthodoxen Lebensweise der Juden?"

I. Originalarbeiten.

Ein seltener Fall von Hermaphroditismus.

Beobachtet und beschrieben von Dr. **Magnus Hirschfeld (Charlottenburg).**

I. Vorgeschichte.

Franz K. wurde 1873 als jüngstes Kind eines Försters in Westpreußen geboren und als Knabe getauft. Der Vater starb in hohem Alter an unbekannter Krankheit, die Mutter in ihrem 40. Lebensjahre, angeblich an Gehirnerweichung. Der Vater hatte mit 31 Jahren die damals 22 jährige Mutter geheiratet, und entstammten der 18jährigen Ehe, welche nicht besonders glücklich, aber auch nicht unglücklich war, außer Franz noch 2 Söhne und eine Tochter. Die beiden älteren Brüder starben zwischen ihrem 20. und 30. Jahre, der eine an Magenbluten, der andere an unbekannter Krankheit.

Die Eltern und Großeltern waren nicht blutsverwandt. Abgesehen von der angeblichen progressiven Paralyse der Mutter sind weder bei den Vorfahren noch bei den Seitenverwandten Fälle von Geisteskrankheiten, körperlichen Abnormitäten, Alkoholismus, Lues, Tuberkulose oder anderen Leiden beobachtet worden, von denen man annimmt, daß sie zur Degeneration einer Familie führen.

Soviel unser Patient weiß, befinden sich in seiner Verwandtschaft keinerlei geschlechtlich absonderliche Persönlichkeiten, auch nicht auffallend weibliches Aussehen männlicher oder männliches Aussehen weiblicher Familienmitglieder. Er selbst ähnelt in hohem Grade seiner Mutter.

Die Kindheit des P. bot wenig Besonderes; außer leichten Kinderkrankheiten war er stets vollkommen gesund, sodaß nie ärztliche Hülfe in Anspruch genommen zu werden brauchte. Er war auch nicht ängstlich oder schreckhaft, fühlte sich aber mehr zu Mädchen hingezogen, mied die wilden Knabenspiele und erkannte früh, daß er „anders war, als andere Kinder".

Anfangs im Elternhause erzogen kam er mit 12 Jahren in die Stadtschule und verbrachte von dieser Zeit ab nur mehr die Ferien bei den Eltern. Diese sowohl wie die älteren Geschwister wußten von seiner zwitterhaften Beschaffenheit, vermieden es aber, mit ihm darüber zu sprechen. In der Schule interessierten ihn besonders „Sprachen", auch Geographie. Schwärmerische Jugendfreundschaften kamen nicht vor. Im 15. Jahre machte sich die Geschlechtsreife bemerkbar, es traten die pubes auf, gleichzeitig wuchsen die Brüste stark, während ein deutlicher Stimmwechsel nicht beobachtet wurde. Ein schwacher Bartflaum über der Oberlippe machte sich zuerst im 20. Jahre bemerkbar.

Nach beendeter Schulzeit lernte P. Kaufmann. Mit 19 Jahren stellte er sich freiwillig zum Militär, um nicht bei der Aushebung in Anwesenheit der anderen Rekruten untersucht zu werden. Der Militärarzt erklärte ihn für dauernd untauglich.

Er nahm dann Stellungen als Buchhalter an, die er stets lange und zu großer Zufriedenheit seiner Vorgesetzten inne hatte. Augenblicklich hat er einen Vertrauensposten inne, auf dem jährlich viele hunderttausend Mark durch seine Hände gehen.

II. Status praesens.

a. Körperlicher Zustand. Patient suchte mich auf behufs Ausstellung eines Gesundheitsattestes, welches seitens einer Behörde

von ihm erfordert wurde. Es hatte ihn große Überwindung gekostet, sich zu einem Arzte zu begeben, und war schließlich seine Wahl auf mich gefallen, da er erfahren hatte, daß ich Personen seiner Art, die er als „Lebewesen letzter Klasse" bezeichnete, besonderes Interesse entgegenbrachte.

Das Auffallendste beim ersten Eindruck war, daß es fast unmöglich schien, über das Alter der sich vorstellenden Person ein Urteil zu fällen. Man konnte ihn ebensogut für 17 wie für 40 Jahre halten. Er erzählte mir, daß er sehr häufig, wenn er Besucher seiner Firma herumzuführen und ihnen Auskünfte zu erteilen hätte, von diesen während der Unterhaltung gefragt würde; „wie alt sind Sie denn eigentlich?" worauf er dann humorvoll zu antworten pflege: „17 durch" oder „17 gewesen". Sein Alter verberge er deshalb, damit die Leute ihm nicht zum Heiraten zureden.

Patient trägt einen Anzug, der in keiner Weise von der bei Herren üblichen Tracht abweicht.

Sein hellblondes Haupthaar ist kurz, struppig, ungescheitelt. In seinem zarten hübschen Gesicht findet sich ein spärlicher flachsfarbener Schnurrbart.

Nachdem der jetzt 32 Jahre alte, 1,69 m große und 148 Pfd. schwere F. K. sich entkleidet hat, zeigt sich ein prachtvoller weiblicher Körper. Der Brustumfang ist 90, der Hüftenumfang 98 cm. Die Mammae treten als zwei pralle volle Halbkugeln hervor. Die Brustwarzen sind ziemlich groß und von einem rosa gefärbten Warzenhof umgeben, dessen Durchmesser 5 cm beträgt; in demselben sind einige Montgomerysche Knötchen deutlich sichtbar. Bei der Palpation fühlt man unter der Haut der Brüste ein Gewebe, das vom weiblichen Mammagewebe nicht zu unterscheiden ist.

Die Haut ist sehr zart, rein und vollkommen glatt. Die Körperlinien sind abgerundet, namentlich die Schulter-, Oberarm-, Hüft- und Oberschenkelkonturen absolut feminin. Die Hände sind weich und zierlich (Handschuhnummer 7), die Füße klein. Das Fleisch fühlt sich teigig und schwellend an, die Muskulatur ist schwach entwickelt.

Die Schritte sind klein und kurz, doch findet beim Gehen kein Drehen in den Schultern und Hüften statt.

Patient kann nicht pfeifen. Es besteht keine Neigung zu kräftiger Muskeltätigkeit, Turnen, gymnastischen Spielen, aber auch nicht zum Tanz, dagegen zum Wandern und Radfahren.

Der Atmungstypus ist costal. Der Kehlkopf tritt am äußeren Halse nicht hervor; die Stimmlage ist mittel; wie Patient angibt, ist sie durch Übung tiefer geworden. Die Sprache ist einfach, nicht geziert; Neigung in Fistelstimme zu sprechen ist nicht vorhanden, eher das Gegenteil.

Der Gesichtsausdruck ist weder ausgesprochen männlich noch weiblich, jedenfalls aber mehr weiblich als männlich. Die schönen, blauen Augen haben einen ruhigen, sanften, leicht melancholischen Ausdruck.

Patient fühlt sich außer seiner Anormalität vollkommen gesund. Es bestehen keinerlei Störungen des Nervensystems, auch keine Migräne und Neurasthenie. Patient will auch nie blutarm gewesen sein und hat bisher niemals ärztlichen Beistand nötig gehabt.

Die Untersuchung der Lungen, der Zirkulationsorgane, des Verdauungsapparates sowie die Analyse des Harns ergeben völlig gesunde Verhältnisse.

b. Genitalapparat: Bei dem ersten Anblick der Genitalien kann man sich des Erstaunens nicht erwehren, was die Eltern und die Hebamme wohl veranlaßt haben mag, in diesem Falle einen Knaben zu diagnostizieren.

Man muß jedoch berücksichtigen, daß die genitale Formation neugeborener Individuen viel leichter zu einem Zweifel und Irrtum in der Geschlechtsbestimmung Anlaß geben kann wie die definierte postpubische Gestaltung. Bei den Neugeborenen kommen die sekundären Geschlechtszeichen außer Betracht, die charakteristischen Pubes sind nicht vorhanden; die unmittelbar post partum fest aneinandergepreßten, die Nymphen überdeckenden grossen Labien sehen einem kryptorchistischen Scrotum, bei dem die Raphe gewöhnlich eingesunken ist, zum Verwechseln ähnlich. Findet sich nun oberhalb dieser Bildung ein deutlich hervorstehender Bürzel, so wird der Laie leicht zu der Diagnose „Mann" kommen, da er in einem wenn auch noch so kleinen Membrum virile das entscheidende Zeichen der Männlichkeit sieht und über das weibliche Analogon des Geschlechtshöckers gewöhnlich nicht unterrichtet ist.

Die makroskopische und mikroskopische Untersuchung ergab zur Zeit folgenden Befund;

Die Schambehaarung ist typisch weiblich, Es sind zwei gut entwickelte Labia majora vorhanden. In die rechte Schamlippe läßt sich ein kleines, taubeneigroßes, in die linke ein haselnuß-

großes Gebilde vom Leistenkanal aus nach unten drücken. Die Berührung derselben ist mit Schmerzen verbunden. Es ist unmöglich, bei der Palpation zu beurteilen, ob es sich bei diesen Organen um Hoden, Eierstöcke (oder gar um ovotestes?) handelt. Beim Herunterziehen scheint es, als ob diese Gebilde mit einem bindegewebigen, runden Strang von geringem Durchmesser in Verbindung stünden, der sich weder wie ein vas deferens noch wie eine Fallopische Tube anfühlt.

Zentralwärts von den großen sind die kleinen Schamlippen sichtbar, die ca. 4 cm lang sind und durch eine reichliche Anzahl von Schleimhautfalten auffallen. Streift man sie nach oben auseinander, so erblickt man einen Bürzel, der 2 cm breit und 1 cm lang ist. In der geschlechtlichen Erregung soll derselbe etwa $^1/_2$ cm breiter und ein wenig länger werden. Dieser stumpfe Höcker zeigt keine Mündung eines inneren Kanals, dagegen an seiner Oberfläche eine nach unten verlaufende flache Rinne, an deren vaginalem Ende die Urethra mündet. Die unterhalb derselben gelegene hymenlose Öffnung der Scheide ist für eine bleistiftdicke Sonde durchgängig. In einer Tiefe von 14 cm stößt diese Sonde auf den Grund des häutigen Kanals, der keinerlei Vorwölbungen und Öffnungen zeigt, welche man als Portio und Muttermund ansprechen könnte.

Die digitale Untersuchung per vaginam ist nicht möglich. Per anum fühlt man keine Prostata. Rectoabdominal ist keine Resistenz palpabel, die als uterus gedeutet werden könnte. Die Monatsregel war nie vorhanden, auch keine vicarilerenden menses oder menstruelle Äquivalente.

Patient gibt an, daß sich bei dem meist durch Masturbation herbeigeführten Orgasmus etwa 2 Gramm weißlichen Schleims entleeren, welche er für Samenflüssigkeit hält. Die zu zwei verschiedenen Malen vorgenommene mikroskopische Untersuchung des Ejaculats ergab in bezug auf Samenfädchen ein negatives Resultat. Kollege Dr. M. Zondek, welcher die Untersuchung ausführte, berichtete mir: „Ich habe die schleimige, grau aussehende Flüssigkeit sofort nach Empfang frisch untersucht, einige Trockenpräparate gemacht und dieselben nach einiger Zeit gefärbt. Es zeigten sich beide Male Plattenepithellen, sehr groß mit verhältnismäßig kleinem, zentral gelegenem runden Kern, ferner Bakterien, amorphe Massen, geronnener Schleim. Spermatozoen waren nicht vorhanden."

c. Der Geschlechtstrieb. Im Gegensatz zu der bisexuellen Mischung der somatischen Geschlechtsmerkmale zeigt der Geschlechts-

trieb keine Spur von Bisexualität, ist vielmehr wie bei einem normalen Weibe ausschließlich auf den Mann gerichtet.

Nach der Geschlechtsreife, die im 15. Lebensjahre eintrat, trat immer deutlicher ein lebhaftes sexuelles Interesse für männliche Personen hervor; für Mädchen und Frauen bestand niemals auch nur die geringste sexuelle Neigung. Der Gedanke, mit einem Weibe geschlechtlich zu verkehren, ist ihm „widerwärtig".

Pollutionsträume hatten stets Berührungen mit Personen männlichen (Patient sagt „desselben") Geschlechts zum Inhalt. Auf dem Theater fesselten ihn Herren mehr wie Damen. Patient fühlt sich von kräftigen, recht männlichen Typen angezogen; zarte, weibliche, namentlich auch die meisten Homosexuellen lassen ihn kalt; uniformierte Stände, besonders Soldaten, bevorzugt er.

Es ist ihm außerordentlich peinlich, wenn jemand seines absonderlichen Baues gewahr wird. Vor allem meidet er deshalb auch die virileren Homosexuellen, die sich am ehesten zum Verkehr mit ihm bereit finden, weil die meisten von ihnen, wenn sie den Mangel des Membrum virile wahrnehmen, enttäuscht sind, einige sogar „direkt grob" geworden seien.

Neigung zu geschlechtsunreifen Personen sowie anderweitige sexuelle Gefühlsanomalien bestanden nie.

Die Art seines Begehrens ist weiblich passivisch:

Er möchte succubus, der Geliebte soll incubus sein. Der Geschlechtstrieb ist stark, ein Akt konnte bisher aber nur selten (immer mit Männern) ausgeführt werden. Er fühlt sich daher unbefriedigt und unglücklich: wünscht daß, wenn dies möglich wäre, seine Natur geändert würde. Wenn andere Männer und Frauen das geschlechtliche Thema berühren, kann er sich eines Neidgefühles nicht erwehren.

Er hat Kinder gern; er verkehrt täglich in der Familie seines Chefs und es macht ihm besondere Freude mit dessen Kindern die ihn sehr lieb haben, zu spielen und zu musizieren, der Wunsch, ein eigenes Kind zu besitzen, ist aber garnicht vorhanden.

d. Geistige Eigenschaften. Es überwiegen die männlichen Charakterzüge. Von seinem Gemüt sagt Patient, daß es weder hart noch weich sei, „ein undefinierbares Gemisch". Starke Affekterregbarkeit ist nicht vorhanden; Thränen fließen fast nie; er kann dagegen leicht zornig werden. Ehrgeiz, auffallende Selbstsucht sind wenig ausgesprochen, jedoch starkes Mißtrauen.

Patient ist weder launenhaft, noch besitzt er Hang zum Aberglauben und sagt von seiner Religiosität, sie sei gleich null.

Er hat ziemlich starken Willen, keine Furchtsamkeit und ist von sittlichem Ernst und großer Ordnungsliebe. Er liebt geistige nnd körperliche Arbeit, ist in Bezug auf seine Lebensbedürfnisse anspruchslos; raucht nur viel und zwar starke Cigarren, kann auch viel Alkohol vertragen. Er besitzt ein gutes Gedächtnis, hat viel gelesen und gelernt und ist von umfassender Bildung.

In erster Linie interessiert ihn Politik; er ist ein großer Verehrer von Bismarck. Musik liebt er sehr. Er spielt selbst gut Clavier. Aus Plastik macht er sich nichts. Dagegen beschäftigt er sich gern mit Blumenpflege.

Es besteht nicht der geringste Drang, in Kleidern des weiblichen Geschlechtes zu gehen. Er hat weder Neigung für Schmuck, noch für Parfums, Puder u. dergl. Er liebt einfache Gewandungen, hohe Kragen, doch spielen die Kleidungssorgen keine Rolle in seinem Gedanken. Hang für weibliche Handarbeiten, Kochen, Putzen ist nicht vorhanden.

Seine Schriftzüge sind groß und sicher und erwecken zweifellos den Eindruck, daß sie von einem Manne herrühren.

Sein Grundtemperament ist heiter, doch hat sein Humor oft etwas Sarkastisches, namentlich wenn er über seine Person scherzt. So schrieb er mir einmal in einer von kaustischem Witz erfüllten Schilderung „was er bereits im Geiste über sich nach seinem Ableben in der Morgenpost las".

III. Epikrise.

Die Geschlechtsdiagnose läßt sich bei dem 32jährigen, seit seiner Geburt als Mann lebenden Franz K. intra vitam nicht stellen, ja es erscheint sogar fraglich, ob es post mortem möglich sein wird, zu entscheiden, ob diese Person ein Mann oder ein Weib gewesen ist.

Als Mann, wie die Behörden und seine Umgebung annehmen, kann er wissenschaftlicherseits bei der überwiegenden Anzahl weiblicher Geschlechtscharaktere, dem Mangel männlicher Keimzellen und dem ausgesprochen weiblichen Geschlechtstrieb nicht angesehen werden. Auch nicht als homosexueller Mann, unter welche Kategorie er sich zu rubrizieren geneigt ist.

Aber auch dem weiblichen Geschlechte können wir ihn nicht zuzählen, da er nicht nur niemals menstruliert hat, sondern auch zahlreiche Geschlechtscharaktere zweiter und dritter Ordnung besitzt, welche

eine weit über das weibliche Stadium hinausgehende, männliche Entwicklung aufweisen.

Auch für ungeschlechtlich kann man ihn nicht erklären, da Geschlechtsstigmata in großer Fülle vorhanden sind, und der Geschlechtstrieb in vollkommener Ausbildung besteht.

Ebensowenig ist er aber doppelgeschlechtlich, da aus der Amenorhoe und Azoospermie hervorgeht, daß weder männliche noch weibliche Fortpflanzungszellen produziert werden.

Die nachweisbaren Keimstöcke machen bei der Palpation den Eindruck rudimentärer Gebilde jedenfalls nicht normaler ovarien oder testes. Entweder dürfte es sich um funktionsunfähige größtenteils aus Bindegewebe bestehende Drüsen handeln, wie sie Virchow bei Zwittern beobachtet und beschrieben hat, möglicherweise aber auch um ovotestes, die, wenn sie auch nicht Eier oder Samen secernieren, so doch oviculares und testiculares Gewebe enthalten, ähnlich wie sie Salen und Garré und neuerdings Unger-Pick (in der „Berliner klinischen Wochenschrift" vom 24. April d. J. beschrieben) in Sektionsbefunden geschildert haben.

Der Patient, der sich erst nach großem Widerstreben zu den wiederholten Untersuchungen entschlossen hatte, war nicht wenig enttäuscht, als ich entgegen meinem Versprechen ihm die Antwort schuldig bleiben mußte, ob er denn nun eigentlich ein Mann oder ein Weib sei, ihn also wie er in der ihm eigentümlichen Art meinte, „auf die Sektion vertröstete".

Für die sexuelle Psychologie und Physiologie ist der Fall in verschiedener Hinsicht beachtenswert; einmal zeigt er, daß ein vollkommen determinierter Geschlechtstrieb bei gänzlichem Mangel von Fortpflanzungszellen bestehen kann; ferner sehen wir, im Gegensatz zu der Erfahrung, wie man sie bei femininen Homosexuellen so oft macht, trotz ganz weiblichem Geschlechtsempfinden ausgesprochene Antipathie gegen weibliche Gewohnheiten (Abneigung gegen weibliche Tracht und Beschäftigung, Vorliebe für Tabak, Alkohol etc.), eigentümlich ist auch, daß die sekundären und tertiären Geschlechtscharaktere in nahezu umgekehrtem Verhältnis zu einander stehen, indem auf somatischem Gebiet etwa zu 75% weibliche und zu 25% männliche, auf psychischem etwa zu 75% männliche und zu 25% weibliche Geschlechtszeichen mit einander verbunden sind.

Auffallend ist endlich auch so hochgradige Gynäkomastie und weibliche Beckenbildung bei gleichzeitigem Vorhandensein von Bart und männlicher Stimme.

Was die geistigen Eigenschaften betrifft, so ist es allerdings schwierig zu entscheiden, was angeboren und was durch Suggestion und Dressur angeeignet ist. Nur möchte ich betonen, da man Zwittern vielfach und wohl auch nicht mit Unrecht den Vorwurf gemacht hat, die Angaben über ihr Leben, ihre Triebe und Neigungen seien unzuverlässig, daß in vorliegendem Falle dieser Einwand nicht berechtigt ist, indem die beschriebene Persönlichkeit nach Charakter, Stand und Bildung volles Vertrauen verdient und ich mich auch in vielfachen Zusammenkünften von ihrer Wahrhaftigkeit habe überzeugen können.

Für die forensische Medizin bietet der Fall sowohl ein strafrechtliches wie ein zivilrechtliches Interesse. Strafrechtlich insoweit, als er die Frage naheliegt, ob diese Person, welche als Mann lebt und als solcher getauft ist, sich im Sinne des § 175 R.S.G.B. vergeht, wenn sie mit einem Manne in geschlechtliche Beziehung tritt, weiter auch, ob der normale oder homosexuelle Mann sich strafbar macht, wenn er mit einer derartigen Person eine imitatio coitus vollzieht.

Zivilrechtlich zeigt der Fall recht deutlich, daß wie schon der jüngere Landau ausgeführt hat, in bezug auf Hermaphroditismus unser neues Bürgerliches Gesetzbuch keinen Fortschritt, sondern einen Rückschritt vollzog, als es die vernünftigen Bestimmungen des alten preussischen Landrechts über die Zwitter gänzlich eliminierte, mit der apodiktischen Begründung, es gäbe keine Personen unbestimmten oder unbestimmbaren Geschlechtes.

Unseres Erachtens sollte man unter die Personen zwitterhaften und zweifelhaften Geschlechtes nicht nur solche rechnen, die gleichzeitig ovarien und testes besitzen, sondern auch solche, die keines von beiden besitzen, mit anderen Worten nicht nur solche, die sowohl Mann als Weib sind, sondern auch solche, die weder Mann noch Weib sind.

Wer sich für ähnliche Fälle interessiert, den verweise ich auf die ausgezeichneten, umfangreichen Arbeiten, welche Dr. von Neugebauer — namentlich in den „Jahrbüchern für sexuelle Zwischenstufen" — über das Scheinzwittertum publiziert hat.

Ueber Harnverhaltung.*)

Vortrag, gehalten bei der ärztl. Landesversammlung in Ulm
von Dr. **Ries** in **Stuttgart.**

Wer einmal in seinem Leben, wenn auch nur auf kurze Zeit, in die äußerst unangenehme Lage kam, seine gefüllte Blase nicht entleeren zu können, sei es aus falscher Rücksichtnahme auf die Umgebung, aus Schamhaftigkeit oder aus Unvermögen, der kann sich ungefähr einen Begriff machen von dem Zustand eines Patienten, der an kompletter Harnverhaltung leidet. Dieser Zustand ist so schmerzhaft und außerdem von einem solch entsetzlichen Angstgefühl begleitet, daß der Arzt stets eine dankbare Aufgabe darin findet, dem gequälten Patienten, der durch die ununterbrochenen schmerzhaften Anstrengungen, seinen Urin zu entleeren, geängstigt, laut aufstöhnt, so schnell als möglich Linderung zu verschaffen. Solche Patienten sind durch die Angst in Schweiß gebadet, sie fürchten jeden Augenblick, die Blase könne platzen; bei manchen treten sogar maniakalische Erscheinungen auf — da gilt es dann, rasch und geschickt einzugreifen, ohne dem Patienten Schaden zuzufügen. Der verhängnisvolle Blasentumor schwindet unter den Händen des Operateurs, der Erfolg ist ein augenblicklicher und unbestreitbar, wenn nach 24stündiger Qual auf den Eingriff hin Erleichterung eintritt.

Die Harnverhaltung stellt keine ausgesprochene selbständige Krankheit dar. Sie ist keine Krankheit sui generis, vielmehr häufig nur Begleiterscheinung einer Krankheit, ein Symptom der mannigfachsten Erkrankungen lokaler und allgemeiner Art, ganz ähnlich wie der Ikterus und die Hämaturie keine selbständigen Erkrankungen, sondern Symptome sind.

Wenn ich mir trotzdem erlaube, Ihnen heute über die Harnverhaltung zu sprechen, so leitet mich dabei der Gedanke, daß es für den Praktiker wertvoll sein muß, über ein bei gewissen Krankheiten sich häufig wiederholendes Symptom im Zusammenhang das Wichtigste zu hören. — In ihrer akuten Form allerdings dürfte die Harnverhaltung wohl mehr als Komplikation betrachtet werden, denn als Symptom, sie ist z. B. eine der häufigsten Komplikationen der Prostata-Hypertrophie. Ein Symptom der Prostata-Hypertrophie ist sie nur

*) Aus d. „Württemb. Mediz. Correspondenzblatt." (Herausgeber Hofrat Dr. Deahna).

In ihrer inkompletten Gestalt, in ihrer akuten vollständigen Form beruht sie dagegen in der Regel auf akzidentellen Vorgängen, die nicht einmal immer etwas mit einer direkten mechanischen Behinderung des Urinabflusses zu tun haben. Eine derartige Behinderung wird am häufigsten dadurch erzeugt, daß durch die fortgesetzte Füllung der Blase die schon verlagerte und verschobene Blasenmündung der Harnröhre noch weiter verschoben und verlagert wird; bei reichlichem Residualharn und wenig suffizienter Blase gehört gar keine größere Steigerung des Blaseninhaltes dazu, um völlige Harnverhaltung zu bedingen. Diese kommt daher oft wie ein „Dieb in der Nacht" und überrascht den Patienten nach ganz unbedeutenden Anlässen. Manchmal ist nur eine Verlängerung der Bettruhe, so daß mehr Urin als sonst in der Blase sich angesammelt hat, der Grund, daß der bis dahin noch leidlich spontan urinierende Patient plötzlich morgens beim Aufstehen zum Katheter greifen muß.

Das Charakteristikum der Harnverhaltung ist das Unvermögen des Patienten, die Unfähigkeit, den Blaseninhalt willkürlich auf natürlichem Wege zu entleeren. Die Störung kann dabei vorübergehend sein (akute Harnverhaltung), oder sie ist dauernd (chronische Harnverhaltung), wenn nämlich bei gleichzeitiger Entleerung eines Teils des Harns, die unter Umständen der durchschnittlichen 24stündigen Harnmenge entsprechen kann, eine verschieden große Menge Harn zurückbleibt, während bei der akuten Harnverhaltung die ganze Harnmenge plötzlich zurückgehalten wird, oder höchstens nur ein geringer Teil tropfenweise entleert wird.

Die chronische sowohl als die akute Harnverhaltung kann entweder eine vollständige oder eine unvollständige sein. Während nun die Symptome der akuten und vollständigen Retention äußerst prägnant sind, treten die Zeichen der chronischen Retention durchaus nicht immer klar und deutlich in die Erscheinung, sie entwickeln sich vielmehr schleichend und können jahrelang bestehen, ohne daß die Kranken Kenntnis davon haben, ja sie können selbst erfahrene Praktiker irreführen, und so werden leider gerade die Anfangsstadien, in denen noch Aussicht auf Besserung vorhanden ist, häufig übersehen. Und doch ist im großen und ganzen die chronische Harnverhaltung ernster zu nehmen als die akute.

Die Kranken klagen im Anfang oft nur über Brennen beim Urinieren, oder sie müssen länger warten, bis der Harn abfließt; manchmal klagen sie bloß über Schmerzen am Ende des Harnens oder über

ein dumpfes Gefühl in der Blasengegend. Auch blutiger Harn kann das erste Anzeichen sein.

Im Anfange der chronischen Harnverhaltung sind also die Erscheinungen von seiten der Harnwege oft so geringfügig, daß sie lange Zeit nicht beachtet werden, bis eine auffallende Verschlimmerung, manchmal eine plötzliche vollständige Harnverhaltung, zur Erkenntnis der Erkrankung führt. Es ist deshalb bei Klagen von seiten der Harnorgane unumgänglich notwendig, die Harnorgane in ihrer Gesamtheit, besonders auch die Blase vom Mastdarm her, zu untersuchen. Ich möchte ferner den Herren Kollegen aus der Erfahrung heraus zu bedenken geben, daß monatelanges, anhaltendes, häufiges Urinieren den Verdacht nahelegen muß, daß der Patient Residualharn in der Blase zurückbehält.

Vorübergehende gesteigerte Frequenz des Harns, z. B. infolge von nervöser Erregung, bei akuter Gonorrhöe, bei Strikturen, akuter Prostatitis, Cystitis etc. wird uns kein Bedenken erregen, wenn aber dieses Symptom seit Monaten oder Jahren Tag und Nacht besteht, müssen wir an Residualharn denken und den Patienten daraufhin untersuchen, und zwar mit dem Katheter, trotz des Bedenkens der Patienten, die die Notwendigkeit des Katheterismus abweisen, da sie ja „eher zu viel als zu wenig urinieren". Tatsächlich lassen ja solche Patienten täglich ebensoviel Urin wie durchschnittlich ein gesunder Mann, und dieser Umstand wird für viele Ärzte die Quelle des Irrtums, da sie glauben, es werde täglich das normale Quantum Harn entleert, daß also kein Harn zurückbleibe. Sie vergessen aber dabei, daß die Menge des entleerten Harns nur die Sekretionstätigkeit der Nieren anzeigt, nicht aber die Austreibungskraft der Blase; es hat demnach die Unfähigkeit der Blase, sich zu entleeren, nichts mit der Menge des gelassenen Harns zu tun.

Während also bei der chronischen, besonders der unvollständigen Harnverhaltung anfänglich die Störungen der Harnentleerung nicht stark hervortreten, sind die Störungen der Verdauung um so markanter (Verwechslung mit Magen- und Darmerkrankungen, Karzinom; der Tumor der Blase wird häufig für ein Neoplasma gehalten). Diese Störungen, die erst eintreten, wenn die Gleichgewichtsstörung der Harnentleerung schon lange bestanden hat, faßt Zuckerkandl als Ausfallserscheinungen funktioneller Insuffizienz der Nieren auf, die unter der Harnstauung zur Entwicklung kam. Die Symptome entsprechen den Verdauungsstörungen, wie wir sie bei der Urämie aus anderwei-

tigen Ursachen beobachten, und die erhöhte molekuläre Konzentration des Blutes, die sich in Fällen dieser Art nachweisen läßt, spricht für die Retention von Stoffwechselprodukten, die zur Ausscheidung mit dem Harne bestimmt waren (Zuckerkandl).

Solche Patienten klagen über vermehrten Durst, Trockenheit im Rachen, Appetitlosigkeit, Verstopfung und Diarrhöe, bisweilen über Erbrechen. Das Allgemeinbefinden ist gestört, die Kranken magern ab und bieten in vorgeschrittenen Fällen das Bild ausgesprochenster Kachexie. Die Harnbeschwerden sind oft Jahre vor Eintritt der Verdauungsstörungen dagewesen, dann aber stillgestanden; sie sind häufig so geringfügig, daß die Kranken sie nicht beachten. Außer einer Dysurie, event. einer Veränderung des Strahls, sind wenig Symptome vorhanden; auf der Höhe der Krankheit zeigt sich aber dann die Incontinentia urinae, besonders bei Nacht. Neben den Verdauungsstörungen sehen wir häufig als Zeichen von renalen Veränderungen Polyurie, bis zu 3—4000 g in 24 Stunden (Verwechslung mit Diabetes insipidus).

Das Auftreten des unfreiwilligen Abfließens von Harn, die obenerwähnte sogen. Incontinentia urinae führt ebenfalls oft zu Täuschungen. Während die Klage des Pat., daß er seinen Urin nicht mehr bei sich behalten könne, daß er vielmehr unwillkürlich abgehe und seine Beinkleider dauernd durchnässe, uns glauben läßt, die Blase sei leer, ist diese sogen. „Inkontinenz" vielmehr ein Anzeichen dafür, daß die Blase überfüllt ist, daß eine Harnverhaltung besteht, und zwar Residualharn von manchmal mehreren Litern (75jähriger Pat. mit unfreiwilligem Abgehen von Urin, entsetzlichem Harndrang, Residualharn von 2 l). Der Urin muß alle 2 Stunden entleert werden. Die Täuschung rührt her von der schlecht gewählten Bezeichnung Incontinentia urinae, für die man besser „unfreiwilliges Harnen" oder „Überfließen" setzt. Die Bezeichnung Inkontinenz sollte nur für Fälle gebraucht werden, bei denen z. B. infolge zerebraler oder zerebro-spinaler Lähmung der Urin abfließt, sobald er aus dem Ureter kommt, wo also tatsächlich die Blase stets leer ist! Bei konstantem Zurückbleiben von Residualharn in einer Menge von etwa 150 ccm. ist es angezeigt, zu katheterisieren, denn je länger man den Gebrauch des Katheters hinausschiebt, um so bedenklicher wird die Krankheit. Eine etwaige Verschlimmerung schiebt man zu Unrecht dem Katheterismus zu, denn nicht er verschuldet die Verschlimmerung, sondern die Tatsache, daß man bisher zu katheterisieren unterlassen hat. Bei der Autopsie solcher Fälle

zeigt es sich auch, daß fast immer eine Pyelitis, Dilatation des Nierenbeckens und Degeneration des Nierenparenchyms vorhanden war, die die Todesursachen abgaben.

Wie oft täglich katheterisiert werden muß, richtet sich nach der Menge des Residualharns: im Anfang katheterisiert man bei 150 ccm. einmal in 24 Stunden, am besten abends vor dem Schlafengehen, bei größeren Mengen 2—3 mal; wenn die Fähigkeit, zu urinieren, ganz erloschen ist, muß der Katheter so oft eingeführt werden, als das Bedürfnis zum Harnen vorhanden ist.

Durch den habituellen Gebrauch des Katheters sind nun bei aller Sorgfalt lokale Infektionen oft unvermeidbar. In günstigen Fällen entwickelt sich bloß Bakteriurie, in andern entstehen Infektionen der Blase, die gewöhnlich nicht auf dieses Organ begrenzt bleiben, sondern die oberen Harnwege ergreifen oder zu allgemeinen Infektionen die Veranlassung geben.

Im allgemeinen wenden wir therapeutisch den Katheter dann an, wenn die Störungen der Harnentleerung ausgeprägt sind, wenn wir größere Mengen Residualharn nachgewiesen haben, schliesslich, wenn wir eine Überdehnung der Blase annehmen müssen. Selbstverständlich muß der Katheter, und zwar am besten der weiche, mit großer Sorgfalt und Zartheit eingeführt werden. Der Nélaton ist selbst in ungeübten Händen ungefährlich und kann deshalb mit der Zeit auch dem Patienten überlassen werden. Bei längerem Gebrauch des Katheters kann Urethritis, Epididymitis auftreten.

Was die Behandlung der weichen Instrumente anbelangt, so ist es empfehlenswert, sie 5 Minuten in einer übersättigten Lösung von Ammon. sulf. zu kochen, während die Metallinstrumente in reinem Wasser gekocht werden können. Muß der Patient sich selbst katheterisieren, so ist es ratsam, dass er den Katheter nach dem Gebrauch und nach gehöriger Abspülung wagerecht in Sublimatlösung 1 : 1000 legt. Dort soll er 24 Stunden verbleiben, worauf er in einen sterilen Tupfer oder in ein frischgewaschenes Taschentuch eingerollt wird. Ich habe mit dieser Methode, die ich von meinem verehrten Lehrer, Herrn Professor Casper, übernommen habe, stets gute Resultate gesehen und kann ihm nur beipflichten, wenn er leugnet, daß das am Katheter sitzen bleibende Suplimat die Harnwege reize, zumal ja die Wände des Katheters mit einem Gleitmittel eingeschmiert werden, so daß das Sublimat an die Harnröhrenwände gar nicht herankommt. Casper empfiehlt, wenn man befürchtet, daß das Sublimat reize,

den Katheter vor dem Gebrauch mit abgekochtem Wasser zu übergießen.

Als Gleitmittel empfiehlt Casper das Hg. oxycyanatum in dem Verhältnis von 1 : 500, seine Gleitmasse (Katheterpurin) setzt sich folgendermaßen zusammen:

Hg. oxycyanat. 0,246
Glycerin 20,0
Tragacanth. 3,0
Aq. dest. sterilisat. 100.0.

In neuester Zeit empfiehlt Strauß eine ihm noch besser erscheinende Mischung von folgender Formel:

Tragacanth. 1,5
Tere cum Aq. frigida 50,0
Adde Glycerin ad 100,0
Coque ad sterilisationem Adde
Hydrarg. oxycyan. 0,2
(oder Formalin 0,1).

Diese Mischung haftet besser an den Instrumenten, sie hat die Konsistenz eines dicken Öles und kann wie Öl auf die Instrumente mit nach unten gerichteter Spitze aufgegossen werden und macht sie ausserordentlich schlüpfrig.

Gefährlicher und verantwortungsvoller wird der Katheterismus in den früher erwähnten Fällen, bei denen die Verdauungsstörungen vorwiegen, bei denen ein unaufhörlicher Durst bei trockener Zunge und Mangel an Speichel, sowie eine besondere Schwierigkeit, Brot oder Fleisch hinunterzubekommen, vorliegt. Man wird sich deshalb hüten, in Fällen, in denen lange Zeit hindurch eine große Menge Harns zurückgehalten wurde, beim ersten Katheterisieren den ganzen Urin abzulassen, denn ein gewisses höheres Alter des Kranken, ein schon längeres Bestehen der Harnverhaltung erheblichen Grades begünstigen bei Harnverhaltung das Auftreten erschöpfender Blasenblutungen. Man nimmt daher bei solchen Kranken die Urinentleerung mit der allergrößten Vorsicht vor, besonders da man sich durch das leichte und klare Abfließen des Urins verleiten lassen kann, ein dickes Instrument zu nehmen. Der Urin stürzt dann zu rasch heraus, es tritt durch die veränderten hydrostatischen Verhältnisse im Harnsystem ein negativer Druck ein, der imstande ist, eine bisher chronisch verlaufene Pyelo-Nephritis in eine akute umzuwandeln. (Guyon gibt dafür folgende Erklärung: „Die Blase ist schon normalerweise sehr reich an

Gefäßen, besonders an Venen, bei jeder Ausdehnung der Blase füllen sich diese sehr stark an. Die Blutüberfüllung der Blase bei ihrer Ausdehnung kommt hier, wie überall bei vermehrter Muskelarbeit, zustande durch die häufigen Versuche der Kranken, Urin zu lassen, wodurch die Zirkulation auf reflektorischem Wege erhöht wird. Da aber die Ausdehnung der Blase für gewöhnlich nur in ganz allmählicher Steigerung vor sich geht, so haben hier wie bei jedem anderen Organe die Gefäße Zeit, mit ihr an Umfang, Inhalt, Ausdehnung und selbst an Dicke der Wandungen zuzunehmen. Außerdem sind hier noch stets mechanische Hindernisse für ein ausreichendes Zurückströmen des venösen Blutes vorhanden: die überfüllte und erheblich vergrößerte Blase wird nach vorn gegen den Schambeinbogen angedrückt und dadurch werden die Gefäße komprimiert, so daß es oberhalb des Hindernisses, d. h. innerhalb der Blase zu einer starken Stase kommt.

Wenn also unter solchen Verhältnissen die Blase vollständig und rasch entleeert wird, so setzt man damit eine plötzliche Entspannung, welche zur Folge hat, daß ein neuer Blutzufluß von oft beträchtlicher Stärke nach der Blasenschleimhaut hin stattfindet. Daß es hierbei oft schon unmittelbar nach dem Ausfließen der letzten Tropfen Urin zu Blutungen kommen muß, ist leicht einzusehen. Aber auch wenn es nicht gleich zum Bluten kommt, so bietet doch die nach der plötzlichen Entleerung nun erfolgende erhebliche Steigerung der Kongestion nach den Harnorganen die größte Gefahr dar. Bei alten Leuten sind meist die Nieren schon in Mitleidenschaft gezogen und funktionieren schlecht; unter dem Einfluß einer neuen Kongestionseinwirkung kann es daher zu den schwersten Zufällen und selbst zum Tode kommen, ohne daß eine Entzündung oder besondere Erkrankung der Blase auftritt, manchmal gehen die Kranken an der Zunahme der Verdauungsstörung, an erschöpfenden Diarrhöen, Kollapszuständen zugrunde. Man muß also vor allem darauf bedacht sein, in der Blase eine beträchtliche Menge Urin zurückzulassen und die künstliche Entleerung der Blase in dem Momente zu unterbrechen, wo der im Anfang starke Strahl beginnt, ein schwächerer zu werden (Guyon). Es ist empfehlenswert, ein enges Instrument zu benützen, oder, wo dies nicht vorhanden, von Zeit zu Zeit den Katheter abzuknicken. Erst nach mehreren Tagen darf man bis zur gänzlichen Entleerung der Blase vorschreiten. Ratsam ist es ferner, den Pat. nur in horizontaler Lage zu katheterisieren, weil im Stehen die Entleerung zu schnell erfolgt. Manchmal ist es aber doch zweck-

mäßig, so häufig wie möglich den Urin, wenn er zersetzt ist und die Blase reizt, völlig aus der Blase zu entfernen; man wird dann an Stelle abgelassenen Urins eine bestimmte Menge Flüssigkeit, am besten Borwasser, in die Blase einzuspritzen.

Mitunter leitet der Befund eines chronischen Harnverhaltung auf das Bestehen eines sonst noch latenten Rückenmarksleidens hin, das sich nur durch das Bestehen einer zentralen Blasenlähmung dokumentiert, wie solche auch bei der Myelitis und Meningitis beobachtet werden. Diese zentralen Blasenlähmungen, bei denen der Kranke den Harndrang psychisch nicht perzipiert, können entweder mehr die Muskulatur der Detrusoren oder jene der Sphinkteren betreffen, und es ist davon abhängig, ob es zu einer Verhaltung des Urins oder zu einem Harnträufeln kommt. Meist ist im Beginn dieser Lähmungen eine Harnverhaltung ausgesprochen, da der Sphinkter längere Zeit in Tätigkeit bleibt, als der Detrusor. „Ein Patient will heiraten, klagt aber, daß der Urin ihm seit einiger Zeit unwillkürlich abgehe; das will er vor der Hochzeit noch in Ordnung bringen; er wurde längere Zeit arzneilos behandelt. Der Urin, den er zeitweise spontan lassen kann, und der chemisch und mikroskopisch durchaus normal ist, kommt nur in ganz dünnem Strahl. Über der Blasengegend Tumor, bei der Entleerung der Blase entleert sich große Menge Urin. Keine Striktur, keine Prostatahypertrophie, dagegen Romberg, Pupillenstarre, Fehlen der Patellarreflexe“ (Casper).

Die Symptome der akuten vollständigen Harnverhaltung sind äußerst prägnant: fortwährend sich steigernder Harndrang, große Schmerzhaftigkeit, hervorgerufen durch fortgesetzte fruchtlose Kontraktion der Blasenmuskulatur. Mit der zunehmenden Spannung steigern sich die Beschwerden, die Kranken stöhnen laut vor Schmerzen und Angst, es treten Aufregungszustände, ja Delirien ein. Alle Erscheinungen schwinden im Moment der Entleerung des Harns, die Patienten fühlen sich „wie im Himmel“.

Die weitaus größte Mehrzahl der Harnretentionen ist durch ein mechanisches Hindernis bedingt, welches in der Blase wie in der Prostata oder der Harnröhre gelegen sein kann. Es handelt sich dabei zunächst um organische Veränderungen der Wand durch Narbengewebe in Gestalt der Harnröhrenstriktur, dann um die Verlegung des Weges durch Steine, Fremdkörper, Geschwülste und endlich um die Kompression der Harnwege von außen her (Retention bei Geschwülsten der Frau, Kompression der Prostata durch seitliche Prostatalappen).

Ferner entstehen die akuten Harnverhaltungen auch durch Störungen der Innervation bei intaktem Harnapparate, durch Einwirkung von Toxinen auf das Nervensystem, so z. B. bei der im Verlaufe von Infektionskrankheiten auftretenden Harnretention, endlich können Fremdkörper, Steine, Blutgerinnsel, Geschwülste der Harnröhre Retention veranlassen.

Bevor ich nun die Harnverhaltung bei Strikturen bespreche, möchte ich kurz der Harnverhaltung während einer Gonorrhöe erwähnen. Wenn die schmerzhaften Erscheinungen der Gonorrhöe nachgelassen haben und eine Besserung eingetreten ist, erlaubt sich häufig der Patient Exzesse in Baccho et Venere. Es entsteht eine entzündliche Schwellung im prostatischen Teil der Harnröhre, eine Anschwellung der Prostata selbst, welche den Kanal mehr oder weniger verschließt und die Entleerung der Blase verhindert (spastische Retention).

Der Patient freut sich zuerst über das Sistieren des gonorrhoischen Sekretes (wie bei der Epididymitis), aber der Urinstrahl wird immer dünner und bald tritt Unmöglichkeit ein, Urin zu lassen; dagegen stellen sich heftige Schmerzen, Fieber und Schlaflosigkeit ein. Man wird mit Recht in einem solchen Falle erst den Versuch machen, durch warme Bäder, Opiate den Schmerz zu lindern, aber man hüte sich, zu lange zuzuwarten, da durch übermäßige Ausdehnung der Blase ihre Kontraktionsfähigkeit bedeutend geschädigt werden kann, so daß manchmal daraus eine Atonie der Blase wird. Es ist deshalb die baldige Einführung eines Katheters zu empfehlen.

Das Ereignis einer totalen temporären Harnverhaltug bei Strikturen ist besonders bei älteren Leuten ziemlich häufig. Meist besteht die Striktur schon mehrere Jahre, ganz allmählich machen sich die Folgeerscheinungen der Striktur bemerkbar. Es kommt dann vor, daß solche Patienten seit Wochen oder Monaten nur noch mit Schwierigkeit urinieren, bis endlich eine unbedeutende Ursache (nicht selten ein Coitus) die vollständige Retention herbeiführt.

Ich möchte nun nachdrücklich darauf hinweisen, daß bei akuter kompletter Retention der Strikturkranken nicht so selten die expektative Therapie (heiße Bäder, Umschläge, Opiate) die Entleerung herbeiführt. Das unwillkürliche Drängen und Pressen wird gemildert, der Harn kann stärker abtröpfeln als vorher, ja er kommt vielleicht nach 2—3 Tagen in einem Strahl, und es kann dann ein Instrument ohne Schwierigkeit eingeführt werden. Ich warne jedoch davor, zu lange zuzuwarten, da sonst die Gefahr für den Patienten zu groß wird.

Hat man mit der exspektativen Therapie keinen Erfolg, so lohnt es sich, bevor man ernstere Eingriffe vornimmt, folgenden altbekannten Versuch zu machen, der mir schon häufig gute Dienste geleistet hat: Man führt ein Bougie oder eine Metallsonde durch die Harnröhre bis in die Öffnung der Striktur hinein und läßt das Bougie dort einige Zeit liegen; ich habe dann schon häufig gesehen, daß nach Entfernung des Instrumentes die Patienten imstande sind, ihren Harn entleeren zu können. Nan muß bei diesen Versuchen die größte Schonung und viel Geduld anwenden, dann wird man oft nach langem Bemühen die Freude haben, in die Striktur einzndringen und sie zu passieren. Wächst nun der Umfang der Blase trotz der Behandlung, findet man in der Blasengegend einen straff gespannten großen Tumor, welcher nahezu bis zum Nabel reicht, so heißt es schnell handeln.

Es lohnt sich, zuvor noch einen Versuch mit Adrenalin zu machen, dessen vasostriktorische Eigenschaft wertvolle Dienste leisten kann, insofern es die entzündlichen und ödematös veränderten Teile anämisch macht und dadurch manchmal eine Abschwellung bewerkstelligt. Nur wenige Tropfen einer Lösung von 1 : 10000 genügen, um die stark gerötete Schleimhaut blaß zu machen. Auch erleichtert manchmal das Eindringen des Instruments das vorherige Einbringen von warmem sterilen Öl in die Harnröhre.

Wir müssen also jetzt versuchen, mit einem möglichst dünnen Katheter in die Blase einzudringen, und zwar am besten mit einem halbweichen (Seidengespinstkatheter). Nun kommt es aber vor, daß die sehr dünnen Instrumente, trotzdem sie in die Blase eingedrungen sind, den Harn nicht aus der Blase herauslassen. Man schraubt dann auf das in der Blase liegende filiforme Bougie, bezw. den Katheter, einen Metallkatheter oder auch einen weichen Katheter, und läßt diesen aufgeschraubten Katheter dem Bougie folgen (Maisonneuve). (Neuerdings hat man Seidengespinstkatheter hergestellt, die vollkommen dem Le Fortschen entsprechen. Dieses Instrument läßt sich manchmal durchbringen in Fällen, in denen der Le Fortsche Metallkatheter nicht passieren will.) — Ist nach langen Versuchen es ausgeschlossen, ein Instrument durchzubringen, so bleibt nur zweierlei, entweder die externe Urethrotomie oder die palliative Blasenpunktion. (Die Urologen und Chirurgen machen diese Operation heute nur in extremen Fällen, denn es soll dem geübten Operateur eigentlich immer gelingen, ohne Punktion oder Urethrotomie zum Ziel zu kommen. Schon Thompson berichtet mit Stolz, daß er im Zeitraume von 30 Jahren die

Punktion nur 3mal bei Rrostatahypertrophie und 4mal bei Retention infolge von Striktur gemacht habe.)

Ich ziehe der Urethrotomie die Punktion vor, einmal weil sie einfach und leicht ist und wenn nötig ohne Gefahr an demselben Tage wiederholt werden kann, sodann aber weil sie augenblicklich Linderung verschafft und weil ich aus Erfahrung weiß, daß gar nicht selten nach einer einzigen Punktion der Patient imstande ist, wieder spontan zu urinieren. Die feinen Stichkanäle der Blase verkleben sofort, und wenn die Blase entlastet ist, so gelingt es, falls nicht die Kranken von selbst Harn lassen können, ein Bougie durchzubringen und daran etwa das Le Fortsche Verfahren anzuschließen.

Bei der Prostatahypertrophie, die uns zum Schlusse jetzt noch beschäftigen soll, unterscheidet man bekanntlich 3 Stadien, die allerdings ohne scharfe Grenze ineinander übergehen. Im ersten Stadium entleert der Kranke seine Blase noch vollständig, wenn auch die Entleerungen erschwert und häufiger als normal sind, im zweiten ist Retention vorhanden, im dritten Retention und dauernde Überdehnung der Blase. In diesem dritten Stadium ist meist die inkomplette Retention zu einer kompletten geworden, die Kranken können überhaupt keinen Harn mehr aus der Blase herausbefördern, oder höchstens noch, wenn die Blase übervoll ist. Sie lassen dann sehr häufig Harn, indem sie immer das überschüssige Maß, das ihre Blase nicht mehr fassen kann, herauspressen. Daneben plagt sie die höchst unangenehme Erscheinung der Inkontinenz, d. h. sie leiden an unfreiwilligem Harnabgang bei dauernd überfüllter Blase, einer Form von Harnverhaltung, die scheinbar keine ist und deshalb Ischuria paradoxa genannt wird. Thompson will diese Erscheinung besser „Überfließen der Blase" genannt wissen. Dabei machen sich nun die Kranken naß, anfangs nur nachts, später auch bei Tag, wo sie ihre Unterkleider durchnässen.

Die Ausdehnung solcher Blasen ist oft ganz kolossal (ich sah bei 3 Patienten, darunter dem Vater eines Kollegen, Mengen bis zu 2 und 3 L Urin) und trotzdem werden die Kranken davon oft nicht sonderlich belästigt, selten bestehen wesentliche Schmerzen, dagegen Polyurie, die aus der Harnstauung und ihrer Rückwirkung auf die Nieren sich erklärt. Der Urin ist von geringem spezifischen Gewicht, meist sauer, blaß, mit geringem oder ohne Eiweißgehalt. Das Allgemeinbefinden hat schon erheblich gelitten, die Patienten sind gebrechlich und abgemagert, der Appetit kann jedoch erhalten sein, besonders wenn noch keine Infektion der Blase da ist.

Häufig wird nun dieser Zustand unangenehm unterbrochen durch das Dazwischentreten einer akuten kompletten Retention. Die Kranken, die bisher noch leidlich spontan urinieren konnten, bringen plötzlich keinen Tropfen mehr aus der Blase heraus, trotz größter Anstrengung unter Zuhilfenahme der Bauchpresse und Anwendung von allerlei Medikamenten und Bädern. Der Zustand solcher Patienten ist schrecklich, es entstehen äußerst schmerzhafte Blasenkrämpfe, die Kranken springen jeden Augenblick zum Topf oder gehen zu Stuhl, um ihren Drang zu befriedigen, doch immer vergebens. Ich behandelte vor ca. 2 Jahren einen 75jährigen Beamten, der total schwerhörig war und öfter an akuter Harnverhaltung, bedingt durch Prostatahypertrophie, litt. Der Patient suchte dann immer schon einige Zeit vor Beginn der Sprechstunde meine Wohnung auf, wo er, von Drang und Schmerzen geplagt, in Zimmer und Korridor mit heruntergelassenen Hosen herumrannte, so daß ich schließlich, sobald er kam, meine Privatwohnung schleunigst schließen lassen mußte.

Eine der häufigsten Ursachen dieser akuten Verhaltung bei Prostatahypertrophie ist in der Steigerung des bei vielen dieser Kranken schon von vornherein vorhandenen Kongestionszustandes der Beckenorgane zu suchen. Ein plötzliches Wachstum der Protata kann nicht die Ursache sein, da ja diese Retentionen wieder zurückgehen. Nicht nur Exzesse in Baccho et Venere und Einwirkung der Kälte sind hier maßgebend, schon ganz unerhebliche Vorgänge, wie das Fahren in einem schlechten Wagen oder auf unebener Straße, Sitzen auf unbequemen Stühlen, geben die Ursache ab. Diese Harnverhaltung kann n allen Stadien der Prostatahypertrophie auftreten, manchmal so früh, daß man schon a priori annehmen kann, daß es noch nicht zu einer größeren Geschwulstbildung der Prostata gekommen ist, in andern Fällen ist eine solche Geschwulstbildung schon ausgesprochen vorhanden. Immer aber ist zu berücksichtigen, daß die Hauptschwierigkeit für die Einführung des Katheters durch die Verlagerung des vesikalen Harnröhrenendes gegeben ist.

Wenn solche akute Verhaltungen öfters auftreten, zeigen sich allmählich Verdauungsstörungen, Appetitlosigkeit, Widerwille gegen feste Speisen. Guyon nennt dießen Zustand Dyspepsia urinaria: infolge der Stauung reinigen die Nieren das Blut in mangelhafter Weise, ihre Fähigkeit, die Schlacken aus dem Blute zu entfernen, ist herabgesetzt. Durch diese Niereninsuffizienz entsteht jene Harnintoxikation, als deren Ausdruck die Dyspepsie zu gelten hat.

Die Behandlung der akuten Harnverhandlung bei Prostatahypertrophie erfordert ein zartes Vorgehen. Jeder Versuch von Gewaltanwendung ist zu unterlassen, bei dem Katheterismus soll kein oder nur eine minimale Menge von Blut fließen. Daß der Katheterismus nach streng aseptischen Regeln vollführt wird, brauche ich wohl nicht extra zu betonen.

Über die Wahl des Instrumentes bei der akuten Harnverhaltung infolge Prostatahypertrophie verschafft die Untersuchung der Harnröhre Klarheit: ist der Weg für die elastische Knopfsonde ohne Schwierigkeit durchgängig bis zur Blase, besteht also das Hindernis nur in der einfachen gegenseitigen Annäherung der hypertrophierten seitlichen Lappen oder in einer Herabsetzung der Kontraktilität der Blase, so wendet man am besten den weichen Katheter (Nélaton) an. Ich habe bei den Harnverhaltungen, die ich zusammen mit Kollegen besonders auch außerhalb Stuttgarts gesehen habe, stets gefunden, daß viel zu wenig mit dem weichen Katheter experimentiert wird, daß dagegen die Herren Kollegen aus ihrem begreiflicherweise auf diesem Gebiet nicht kompletten Instrumentarium gezwungen waren, einen Metallkatheter zu wählen, der meist bezüglich Dicke und Krümmung nicht den Anforderungen entsprach, die für eine Retention bei Prostatahypertrophie gestellt werden müssen.

Erweist sich der gewöhnliche Nélaton als zu weich, so rate ich direkt zu einem solchen mit Merciersher Krümmung überzugehen. Vielfach erleichtert wird der Katheterismus in solchen Fällen durch vorherige Kokainisierung der vorderen und hinteren Harnröhre mit einer etwa 2%igen Kokainlösung, wobei ich allerdings nicht verhehlen darf, daß die Indoxikationsgefahr nicht gerade gering ist. Die Anästhesierung wird entweder mit der Gonorrhöespritze ausgeführt oder man instilliert mit den Guyonschen Kapillarkatheter 1 g einer 5%igen Kokainlösung tropfenweise durch die ganze Harnröhre. Ich benütze in neuerer Zeit mit gutem Erfolg Adrenalin, das rasch eine Anämie hervorruft und häufig eine Abschwellung der ödematös durchtränkten Pars prostatica eintreten läßt. Recht rationell ist es, vor Einführung des eingefetteten Katheters in die Harnröhre wieder einige Gramm sterilen warmen Öls einzuspritzen, was nicht selten zur Folge hat, daß der Nélaton doch noch passiert. Gelingt die Einführung des weichen Katheters nicht, dann soll man doch noch erst einen Versuch mit einem halbweichen Instrument machen, bevor man zum Metallkatheter übergeht, also mit einem Seidengespinstkatheter mit Merciersher Krüm-

mung. Dieser Katheter trifft das entgegenstehende Hindernis nicht mit seiner Spritze, sondern mit seiner abgestumpften und schrägen unteren Fläche und ist dabei noch weich genug, um allen Krümmungen der Harnröhre folgen zu können. Zu achten ist darauf, daß der Schnabel stets nach oben sieht, damit eben die Spitze an der oberen Wand die ja die wenigste Abweichung zeigt, entlang gleitet. Überhaupt halte man an der Regel fest, sich stets an die vordere (sogen. chirurgische) Wand zu halten, welche nicht wesentlich verlagert ist. Hierdurch verhütet man, daß sich der Katheterschnabel in der nach hinten dilatierten Urethra fängt.

Die englischen Katheter, denen man in heißem Wasser die gewünschte Krümmung geben kann, kann ich Ihnen nicht so warm empfehlen, da sie manchmal die ihnen gegebene Krümmung nicht behalten, und ihre Einführung eine große Uebung voraussetzt. Dagegen empfehle ich, die Einführung des weichen und besonders des halbweichen Katheters zu unterstützen durch die Einführung des Zeigefingers in das Rektum.

Gelingt es nach vorsichtig fortgesetzten Versuchen, die natürlich nicht zu lange ausgedehnt werden dürfen, nicht, mit den weichen oder halbweichen Instrumenten in die Blase zu gelangen, so bleibt nur der Metallkatheter übrig, der bei richtiger Handhabung und bei Wahl eines geeigneten Instrumentes wohl nur in den allerseltesten Fällen im Stiche läßt.

In erster Linie darf grundsätzlich bei Harnverhaltung infolge von Prostatahypertrophie nur ein starker Metallkatheter benützt werden, etwa No. 23—25 der Charrièreschen Skala. Mit einem starken Instrument überwindet man am leichtesten jedes Hindernis, besonders wenn schon Verletzungen durch vorausgegangene Versuche da sind, man vermeidet am besten dadurch falsche Wege, ein dicker Katheter dringt nicht so leicht in die Urethralwand ein, wie ein dünner, spitzer. Auch hier halte man sich wieder an die vordere Wand, wodurch man verhütet, daß sich der Katheterschnabel in der nach hinten dilatierten Urethra fängt, und endlich müssen die Instrumente sehr lang sein wegen des Hochstands der Blasenmündung der Harnröhre. Der Kranke wird am besten im Becken hochgelangert, damit der Katheter stark gesenkt werden kann, was wegen der starken Krümmung der Harnröhre durchaus nötig ist. Noch bleibt die Wahl der Krümmung, die am besten eine große ist. Im allgemeinen soll die Krümmung einem Kreise von 10—11 cm im Durchmesser entsprechen.

Meist genügen Katheter, die beinahe rechtwinklig abgebogen sind. Wenn es mir stets gelungen ist, nach vielfachen Versuchen des behandelnden Kollegen in die Blase einzudringen, so liegt der Grund dafür nicht etwa an meiner größeren Geschicklichkeit, sondern einzig an der Wahl der passenden Instrumente.

Die größte Krümmung hat Brodie angegeben, auch dieses Instrument bewährt sich bei sehr starken Vergrößerungen mit beträchtlicher Verlängerung der Harnröhre recht gut. Vor kurzschnabligen Instrumenten nach Art der Steinsonden möchte ich Sie dringend warnen, da die Möglichkeit durchaus nicht ausgeschlossen ist, daß man mit einem solchen Instrument die Prostata durchbohrt.

Müssen wir bei einem schon bestehenden falschen Weg katheterisieren, so nehmen wir am besten einen starken Metallkatheter und suchen uns mit seiner Spitze an derjenigen Harnröhrenwand zu halten, an welcher sich der falsche Weg nicht befindet. Ist bei wiedereintretender Harnverhaltung in solchen Fällen von neuem ein Katheterismus nötig, so lassen wir lieber, als daß wir jedesmal wieder von neuem an dem falschen Weg vorbeikatheterisieren, einen Dauerkatheter in der Blase liegen, bis der falsche Weg geheilt ist.

Da man einen Metallkatheter über Nacht in der Blase nicht liegen lassen darf, so nimmt man als Dauerkatheter einen Nélaton oder Seidengespinstkatheter. Wenn diese nicht passieren wollen, so spannt man einen Nélaton auf einen Mandrin, dem man diejenige Krümmung gibt, welche der Metallkatheter hatte, der vorher passierte.

Gelingt trotz aller angewandter Mittel der Katheterismus nicht, so bleibt nichts anderes übrig, als die Punctio vesicae, während der früher empfohlene forcierte Katheterismus, weil gefährlich, verwerflich ist. Meistens gelingt nach einmaliger oder wiederholter Punktion der Katheterismus wieder. Die Blasenpunktion ist ungefährlich uud einfach, so einfach, daß ich sie notgedrungen schon in der Sprechstunde mache. Eine Verletzung des Bauchfells oder Darms ist bei dem Hochstand des Peritoneums ausgeschlossen. Die Methode der Punktion zu schildern, kann ich mir erlassen, da sie Ihnen ja geläufig ist. Ich möchte nur auch dabei vor zu rascher Entleerung der Blase warnen.

Es ist kein Zweifel, daß von allen Radikaloperationen zur Heilung der Prostatahypertrophie die galvanokaustische Diärese der Prostata nach Bottini, um deren Einführung in die Praxis sich Freudenberg in Berlin sehr verdient gemacht hat, am meisten imstande ist,

in manchen Fällen dem Prostatiker die spontane Entleernng der Blase wiederzugeben, ohne daß die Gefahr des Eingriffes eine zu große wäre, doch sind durchaus nicht alle Prostatiker für die Operation geeignet. Es werden im Gegenteil manche dadurch verschlimmert, und es ist notwendig, für diese Operation enge Grenze zu ziehen. Es hieße den Rahmen dieses Vortrags überschreiten, wollte ich auf die Indikationen und Kontraindikationen der Bottinischen Operation heute eingehen, ich behalte mir vielmehr vor, dieses äußerst wichtige Thema gesondert in einem Vortrage zu behandeln.

Es war mir natürlich in der kurzen Zeit nicht möglich, Ihnen ein umfassendes Bild von der Harnverhaltung und ihrer Behandlung zu geben, ich mußte z. B. von vornherein auf die Schilderung der postoperativen Harnverhaltung bei der Frau nach chirurgischen Eingriffen an den inneren Genitalien, wobei nach Untersuchungen von Tausig die Intensität der Harnverhaltung abhängig ist von der Ausdehnung der Ablösung der Blase von der Umgebung, verzichten, ich konnte die Harnverhaltung infolge Retroflexio uteri gravidi, ferner die bei Geschwülsten, Form- und Lageveränderungen der weiblichen Genitalien vorkommenden Formen, die Harnretention nach schweren Entbindungen etc. nicht beschreiben, doch hoffe ich, meinen Zweck, Ihnen in knapper Form die praktischen Seiten der Harnverhaltung vors Auge zu führen, erreicht zu haben, indem ich die Ergebnisse einer nunmehr 10jährigen Erfahrung auf diesem Gebiete verwertete, um Ihnen die einfachsten und zweckmäßigsten Methoden vor das Auge zu führen und zu empfehlen. Wenn Sie für Ihre Praxis aus meinen Ausführungen gelegentlich Nutzen ziehen könnten, so würde ich mich freuen.

Literatur:

1. L. Casper: Lehrb. der Urologie.
2. Nothnagel: Die nervösen Erkrankungen der Blase. 19. Bd. 2. Teil.
3. Handbuch der prakt. Medizin (Ebstein und Schwalbe): „Die Krankheiten der Harnorgane."
4. J. Englisch: „Über chronische Harnverhaltung." Sep.-A. a. Allg. Wiener med. Ztg.
5. R. Lucke: „Die chronische Harnverhaltung." G. Fischer. Jena 1903.
6. C. Posner: Diagnostik der Harnkrankheiten.
7. H. Thompson: Krankheiten der Prostata.
8. P. Güterbock: Die Krankheiten der Harnblase.

9. Handbuch der Urologie. Herausgeg. von A. v. Frisch und O. Zuckerkandl. Wien 1904. Hölder.
10. A. Socin: Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata. Aus „Deutsche Chirurgie". Ferd. Enke. 1902.
11. Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. Herausgeg. von Penzoldt u. Stintzing. 7. Bd. Jena 1903. G. Fischer.
12. L. Dittel: Die Striktur der Harnröhre.
13. Guyon-Mendelssohn: Klinik der Krankheiten der Harnblase und Prostata. Berlin 1893. Aug. Hirschwald.
14. H. Thompson: Die Krankheiten der Harnwege.
15. Ultzmann: Krankheiten der Harnblase.
16. C. Casper: Die symptomatische Bedeutung und Therapie des Residualharns. Berl. Klinik. 1888. Heft 7.
17. Güterbock: Über die Störungen der Harnentleerung bei Prostatahypertrophie. Berl. Klinik. 1888. Heft 4.
18. Strauß: Über Gleitmittel und Katheter, Bougies etc. Monatsschr. für Harnkrankheiten und sex. Hygiene. 1904. Heft 1.

Ueber die Anästhesierung der Nieren und oberen Harnwege.

Nach einer Vorlesung, gehalten von **M. Lavaux** an der medizinischen Fakultät der Pariser Universität.

(Schluß.)

L. Spitzer in Wien hat das Gonosan im ganzen bei 100 Patienten angewendet, und zwar bei 50 mit *Urethritis acuta anterior,* bei 30 mit *Urethritis totalis* und bei 20 mit *Urethrocystitis acuta hämorrhagica.* Diese letzteren waren mit Absicht ausgesucht und betrafen jene Form der Erkrankung, die mit heftigem Harndrang einhergeht, und jene quälenden Schmerzen im Damme, die der Therapie oft große Schwierigkeiten bereiten. Bei sämtlichen Patienten wurde von Einspritzungen abgesehen und neben Diätvorschriften nur Gonosan verordnet.

Von allen diesen Patienten konnte keiner während der Behandlungszeit Bettruhe einhalten. Demnach war die gonorrhoische Erkrankung therapeutisch nur durch die innerliche Verabreichung des Gonosans beeinflußt. Auf Grund seiner Erfahrungen hebt Spitzer an erster Stelle die schmerzstillende Eigenschaft des Gonosans hervor. Die Schmerzen der *Urethritis acuta anterior*

sowohl, wie auch die quälenden Symptome am Mittelfleisch bei hämorrhagischer *Urethritis posterior* hörten überraschend schnell auf. Als zweite Tatsache führt er den Umstand an, daß von den ersten 50 Kranken mit Urethritis posterior nur 4 zur gewöhnlichen Zeit an *Urethritis posterior,* und von diesen 2 an *Epididymitis* erkrankt sind.

Sämtliche von den vorstehenden Autoren hervorgehobenen therapeutischen Eigenschaften des Gonosans hat Saalfeld an seinem Material durchaus bestätigen und obendrein durch gemeinschaftlich mit Piorkowsky ausgeführte bakteriologische Untersuchungen feststellen können, daß das Gonosan in Bezug auf die Gonococcen bakterizid wirkt. So wurden virulente Gonococcenkulturen abgetötet, wenn sie während 5 Minuten mit Harn in Berührung gebracht wurden, der von mit Gonosan behandelten Patienten stammte. Desgleichen zeigte ein solcher Harn, in den Brutschrank gebracht, nach 3 Tagen keine Fäulnis, während bei einem normalen Kontrollharn dieselbe schon nach 24 Stunden auftrat. Die günstige Wirkung des Gonosans erklärt nun Saalfeld unter anderem auch durch diese bakterizide Wirkung, sowie auch durch die Tatsache, daß das Gonosan die den Tripper begleitenden exzessiven Erektionen beseitigt, durch welche die lange Dauer einer Urethroblennorrhoe oft bedingt wird. Nach der Auffassung Saalfeld's ist der Wert der sedativen Wirkung des Gonosans keineswegs durch die subjektive Erleichterung, welche der Patient nach der Beseitigung der Schmerzen bei den Erektionen verspürt, erschöpft, sondern es kommt hier noch ein unmittelbar kurativer Effekt in Betracht. In der Tat sah er sich bei den von ihm beobachteten 75 Fällen nur zweimal genötigt, wegen der Erektion ein anderweitiges Sedativum zu verordnen. Vielleicht, führt Saalfeld aus, ist das Fehlen oder das seltene Auftreten von Erektionen bei seinen Patienten darauf zu beziehen, daß er, um einen vollen Erfolg zu erzielen, meist 10—12 Gonosan-Kapseln *pro die* verordnet hat. Alles in allem gelangt Saalfeld zu dem Schluß, daß die Einführung des Gonosans in die Gonorrhoetherapie als ein bedeutender Fortschritt anzusehen ist. Das Mittel verringert bei der Urethritis gonorrhoica in kurzer Zeit die eitrige Sekretion und verwandelt sie in eine schleimige, setzt die Schmerzhaftigkeit des gonorrhoischen Prozesses herab und vermindert das Auftreten der im akuten Stadium der Gonorrhoe oft so schmerzhaften und die Heilung verzögernden Erektionen. Die mit Gonosan geübte innere Behandlung des Trippers genügt in vielen Fällen zu seiner völligen Heilung und hat vor der äußeren Behandlung den

Vorzug, daß die Patienten, besonders die weniger intelligenten, vor Nachteilen bewahrt bleiben, die durch Injektionen verursacht werden können.

Die in die Augen springende anästhesierende Wirkung des Gonosans wird von allen Autoren anerkannt. Diese kommt dadurch zu stande, daß die im Gonosan enthaltenen Harze beim Umlauf durch den Organismus in Harzsäure umgewandelt und im Urin gelöst ausgeschieden werden. Beim Passieren desselben über Blase und Harnröhre werden unzweifelhaft die in den Schleimhäuten eingebetteten Nerven gelähmt, wodurch eine Schmerzensempfindung sich nicht bemerkbar machen kann. Es handelt sich also um eine Anästhesie, die — analog der durch Cocainlösung bedingten — hervorgerufen ist, nur daß das Mittel innerlich verabreicht wird.

Wenn nun die Wirkung der Kawaharze sich im Bereich von Blase und Harnröhre geltend macht, warum soll sich die Anästhesie nicht auch im Harnleiter, im Nierenbecken und in der Niere selbst unter diesen Umständen entfalten können? Warum sollte das Kawaharz nicht bei Ureteropyelonephritis die heftigen Schmerzen, welche den Kranken Tag und Nacht quälen, lindern können? Warum sollte man bei Nierenkoliken infolge von Steinablagerungen es nicht versuchen? Das sind die Fragen, die wir uns vorgelegt und deren Beantwortung wir im folgenden geben wollen.

Um sich genau über die Wirkung der Kawaharze zu unterrichten, war es notwendig, solche Patienten auszuwählen, deren Krankheitssymptome genau ausgeprägt und die bereits mit den bisher üblichen Mitteln behandelt worden waren. Indem wir nun an deren Stelle das Gonosan setzen, konnten wir genau die hierbei erzielten Resultate vergleichen und so ermitteln, ob das Gonosan vor den anderen Mitteln einen Vorzug hat.

Im folgenden wollen wir nur einige wenige Fälle genauer beschreiben.

Herr N., 60 Jahre alt, bis zum Jahre 1892 gesund, leidet seit einiger Zeit an Blasengries. Da die Beschwerden sehr gering waren, zog er bis 1892 keinen Arzt zu Rate. Erst als heftige Steinkoliken auftraten, ließ er sich ins Spital aufnehmen, wo durch Lithotripsie im Monat Mai Uratsteine entfernt wurden. Nach wenigen Tagen konnte Patient wieder seine Arbeit aufnehmen. Während der ganzen Zeit

war das Befinden ein gutes bis zum April 1904. Der Urin wurde trübe; die Harnentleerung war äußerst schmerzhaft. Der zugezogene Arzt verordnete Terpentin, worauf sich der Zustand etwas besserte. Plötzlich trat eine Verschlimmerung ein, was den Patienten am 10. August 1904 zu uns führte. Wir konstatierten eine Pyelo-nephritis bedingt durch Konkremente und schwere Cystitis. Da Patient eine Operation ablehnte, wurden Blasenspülungen ausgeführt und ein diätisches Verhalten angeordnet. Die Beschwerden des Blasenkatarrhs verringern sich etwas, dagegen keine Besserung der Pyelo-nephritis.

Am 25. Oktober wird zum ersten Male gegen die heftigen Schmerzen Gonosan verordnet.

Am 27. Oktober lassen die Schmerzen nach.

Am 29. Oktober empfindet Patient keine Beschwerden mehr. Er vermag Nachts mehrere Stunden ununterbrochen zu schlafen. Die Eiterung aus den Nieren läßt nach und der Urin klärt sich.

Am 1. November Zunahme der Eiterung, bedingt durch Blasensteine.

Am 10. November Lithotripsie unter Chloroformnarkose.

Verlauf fieberlos. Am 16. November verläßt Patient das Krankenhaus und begibt sich aufs Land.

Bei diesem Kranken war die durch Gonosan erzielte Anästhesie der oberen und unteren Abschnitte des Harnapparates auffallend.

Vom 2. Tage an nach Gonosan-Verabreichung nahmen die Schmerzen deutlich ab und verschwanden gänzlich nach 7 Tagen. Da die Schmerzen den Patienten nicht plagten, war auch die Nachtruhe bedeutend besser geworden, so daß er mehrere Stunden ruhigen Schlaf hatte. Ebenso ist die rasche Verminderung und das fast völlige Erlöschen der Eiterung eines der bemerkenswerten Resultate, welches wir mit dem Gonosan in üblicher Dosis erzielt haben. Diese auffällige Beschränkung der Sekretion ist unzweifelhaft auf die eigenartige Ischämie zurückzuführen, welche zuerst von L. Lewin beobachtet wurde.

Jedoch noch eine andere Wirkung der Kawa muß hervorgehoben werden, d. i. die auf das Zentralnervensystem. Das Gefühl der Mattigkeit, das Schlafbedürfnis, das Rauschgefühl etc. — Erscheinungen, welche bei unserem Patienten nach Gonosan-Gebrauch auftraten — sind Anzeichen dafür, daß die nervosen Centren durch die Kawa direkt beeinflußt werden. Daß sich diese Wirkung bei unserem Patienten geltend

machte, die übrigens nicht den geringsten Schaden verursacht und rasch vorübergeht, ist wahrscheinlich auf die funktionelle Insufficienz der Nieren zurückzuführen.

2. Fall. Ein junger Mensch von 26 Jahren fühlt plötzlich einen sehr heftigen Schmerz in der Lumbo-sacral-Gegend infolge Hebens einer schweren Last. Patient verlegt die Schmerzen direkt in die Nieren. Die Untersuchung kann in Bezug auf die Nieren nichts ermitteln; wahrscheinlich handelt es sich um eine Verletzung der Muskulatur in der Nachbarschaft der Nieren.

Es werden täglich 8 Gonosan-Kapseln verabreicht.

Am 2. Tage lassen die quälenden Lendenschmerzen nach und am 4. Tage sind sie vollständig verschwunden. Bei diesem Kranken trat keine allgemeine Kawa-Wirkung ein. Dagegen war auch in diesem Falle die lokale anästhesierende Wirkung, die sich auf die Nierengegend bezog, verblüffend.

Um die anästhesierende Kraft zu erhöhen, erscheint es zweckmäßig, den Gehalt an Sandelöl im Gonosan zu vermindern und den $\alpha+\beta$ Kawaharz zu erhöhen. Gegenwärtig werden von uns Untersuchungen angestellt mit einem Gonosan das 40% Kawaharz und 60% reines Sandelöl enthält.

Über das Resultat soll später berichtet werden.

Unser Schlußurteil lautet:

In dem Gonosan besitzen wir ein vorzügliches inneres Anästheticum, das nicht bloß bei Entzündungen der Harn öhre und Blase, sondern auch bei Erkrankungen des Harnleiters, des Nierenbeckens und der Niere vortreffliche Dienste leistet. Das Hauptverwendungsgebiet des Gonosans wird ja immer die Gonorrhoe bleiben, die unter dem Einflusse des Gonosans schmerzlos verläuft. Die Klagen über das furchtbare Brennen beim Urinieren, über die schmerzhaften Erektionen und Pollutionen sind seit der Einführung des Gonosans verstummt. Wir betrachten daher das Gonosan als eines der wertvollsten von allen neueren Medikamenten, das auch eine große soziale Bedeutung hat insofern, als es uns eine sehr wirksame Waffe zur Bekämpfung der enorm verbreiteten Volkskrankheit, der Gonorrhoe, liefert.

II. Referate.

M. Chryssovergis: Origine dyspeptique des petits accidents du brightisme.

Da beim morbus Brightii oft albumen fehlt oder in Intervallen auftritt, da ferner Albuminurie nicht immer für m. Br. spricht, so führte M. Dimlafoy im Jahre 1883 den Begriff des brightisme ein, dem man alle solche Fälle subsumiert, die sich durch die sog. kleinen Zeichen des m. B. dokumentieren. Zu diesen gehören z. B. Sehstörungen, Ohrensausen, Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Dyspnoe, Wadenkrämpfe, Zuckungen, Nasenbluten, Prurigo, Poly- und Pollakiurie, übergroße Empfindlichkeit gegen die geringsten Temperaturschwankungen. Chryssovergis weist nun nach, daß alle diese Zeichen auf gastrische Störungen zurückzuführen sind, ein Umstand, der für die Therapie von Bedeutung ist.

(Sem. méd. 1904, No. 24.) **Palm-Berlin.**

Prof. L. Jores: Über die Arteriosklerose der kleinen Organarterien und ihre Beziehungen zur Nephritis. (Pathol. Instit. des Herzogl. Krankenhauses in Braunschweig.) (Virch. Arch. 178. Bd. 3.)

J. entwickelt seine Auffassung dahin, daß die Arteriosklerose der kleinen Arterien höchstwahrscheinlich keine einfache Folgeerscheinung der Nephritis ist, sondern in frühzeitiger Verknüpfung mit derselben den Ablauf der Nierenerkrankung und ihren Ausgang wesentlich beeinflußt. Demzufolge verwertet er den Umstand, ob die Affektion der kleinen Arterien mit dem nephritischen Prozeß vergesellschaftet ist, mit zur Einteilung und Unterscheidung der Nephritisarten und erkennt folgenden Formen eine gewisse Wesensgemeinschaft zu:

1. Fälle, welche klinisch unter dem Bilde der chronisch-parenchymatösen Nephritis verlaufen und in denen man anatomisch parenchymatöse Läsionen mit interstitiellen Wucherungen gemischt antrifft.

2. Fälle von genuiner interstitieller Nephritis mit oder ohne Parenchymläsionen, die ihren Ausgang gewöhnlich in rote Granularniere nehmen.

3. Fälle, welche man bisher als arteriosklerotische Schrumpfniere schon bezeichnet hat. **Schwab-Hamburg.**

Widal et Javal: Cure de dechloruration et albuminurie brightique.

Widal und Javal sahen bei morbus Brightii einen günstigen Einfluß von der Entziehung des Na. Cl. und umgekehrt einen ungünstigen bei Zufuhr desselben; indem eine reichlichere Vermehrung des albumen eintrat. Die Milchdiät verdankt ihre Wirksamkeit nur dem geringen Salzgehalt der Milch. Aus demselben Grunde ist dem Brightiker auch der Genuß von Fleisch nicht zu versagen.

(Sem. méd. 1904, No. 30.) **Palm-Berlin.**

J. Steinhardt: Kasuistische Mitteilungen. (Archiv f. Kinderhlkd. Bd. 38 Heft 1 u. 2.)

Die eine Mitteilung betrifft ein Nierensarkom bei einem $3^1/_2$jährigen Knaben. Bei dem kräftigen Kinde entwickelte sich im Laufe eines halben Jahres ein Tumor, der den Leib vorwölbte, den Rippenbogen mindestens handbreit überragte und von fester Konsistenz war, Schmerzen aber nicht verursachte. Operation wurde verweigert, und der kleine Patient magerte rapid ab. Er starb unter starken Ödemen, und bei der Sektion fand man einen 13 Pfund schweren Tumor, der nur an einer Stelle noch nierenartiges Aussehen zeigte und sich mikroskopisch als Sarkom erwies.

Grätzer-Sprottau.

T. Pick: Über Hemianopsie bei Urämie. (Wiener Klin. Wochenschrift 1904, No. 1.)

Pick berichtet über einen Fall von Hemianopsie im Ablauf einer Amaurose, die bei einer früher gesunden Drittgebärenden nach einem künstlich eingeleiteten Abort eintrat. Albuminurie war vorhanden. Näheres muß im Original nachgelesen werden, speziell auch Picks Ansicht über den zentralen Sitz der Laesion bei uraemischer Amaurose sei hingewiesen.

Loeb-Köln.

J. Dzirne: Über Behandlung der Nephrolithiasis, Hydro- und Pyonephrose (17 Fälle von Operationen an der Niere). (Urol. Monatsber. 1904. No. 3 u. 4).

In dieser sehr schönen ausführlichen Monographie, die zudem eine Übersicht über die Gesamtliteratur enthält, sind die modernen technischen Operationsmethoden einer ausführlichen und übersichtlichen Kritik unterworfen, und wird uns ein reichliches Operationsmaterial vorgeführt; die Arbeit sei daher vor allem dem Urologen und dem Chirurgen zu einem eingehenden Studium empfohlen. Um nur einzelnes herauszugreifen, äußert sich Verfasser eingehend über die Bedeutung der Radiographie bei der Anwesenheit von Nierensteinen; und tritt dann mit ganzer Kraft für eine konservative Nierenchirurgie ein; eine Nephrotomie sei einer Nephrectomie in den allermeisten Fällen vorzuziehen. Auch auf die interne Therapie bei Lithiasis geht Autor des näheren ein. Zwei Punkte will ich daraus hervorheben. Es sei einmal auf die Ansicht Rovsings hingewiesen, daß der Gebrauch großer Quantitäten alkalischer Mineralwasser nicht zur Verringerung, sondern im Gegenteil zur Vergrößerung der Nierensteine führt. Nach Rovsings Meinung ist der Erfolg, der beim Gebrauch dieser Wässer erzielt wird, auf die gesteigerte Zufuhr von Flüssigkeit überhaupt zurückzuführen, so daß er schon erreicht werden kann, wenn große Mengen abgekochten Wassers genossen werden.

Zweitens weist Verfasser auf ein weiteres therapeutisches Verfahren hin, nämlich auf die Behandlung der Nephrolithiasis mit Glycerin nach Hermann. Das Glycerin wird nämlich per os genommen, innerhalb der ersten 24 Stunden mit dem Harn im unveränderten Zustand ausgeschieden, es wirkt auf Concremente fast gar nicht lösend, es macht aber die Harnwege schlüpfrig und darauf ist das leichtere Abgehen der Steine zurückzuführen. Es wer-

den nach Hermann 50—130 g. Glycerin verabreicht, danach treten fast immer Schmerzen in der Nierengegend der erkrankten Seite auf, worauf in vielen Fällen die Ausscheidung von Harngries und Steinen erfolgt. Außer der steintreibenden, komme dem Glycerin eine schmerzstillende Wirkung zu. Referent hat das Mittel vielfach versucht und kann es desgleichen bestens empfehlen.

Loeb-Köln.

Fritz Poly: Bestimmungen der molekularen Konzentration des Blutes und des Urins bei doppelseitigen Nierenerkrankungen (Aus der Mediz. Klinik. d. Univ. Würzburg. Dir. Geh. R. Prof. Dr. v. Leube). (Deutsche medizin. Wochenschr. 2. Juni 1904, No. 23 p. 838.)

Poly untersuchte in 41 Fällen doppelseitiger Nierenerkrankungen die molekulare Konzentration von Blut und Urin. In urmäiefreien Fällen, sowie in den anderen während der urämiefreien Zeit war die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes δ normal, d. h. sie schwankte zwischen 0,55 und 0,57. Bei ausgesprochener Urämie war eine erhöhte molekulare Konzentration festzustellen, d. h. δ schwankte von —0,58 bis —645. Ausnahmen von diesen Regeln waren jedoch zu konstatieren, indem bei 3 Fällen schwerer Urämie normale Gefrierpunktserniedrigung vorhanden war, wäsrend anderseits in 2 Fällen nach Ablauf der urämischen Erscheinungen die erhöhte Konzentration noch längere Zeit bestehen blieb. Für das Auftreten urämischer Erscheinungen kann somit die erhöhte Konzentration des Blutes allein nicht haftbar gemacht werden.

Die kryoskopische Untersuchung des Urins ergab, daß $\triangle$ meist unter —1,0 bleibt und bei parenchymatöser Entzündung meistens niedriger ist als bei interstitieller; letzteres ist aber nicht in so charakteristischer Weise der Fall, daß daraus diagnostische Schlüsse gezogen werden können.

Hans Schwerin-Berlin.

A. Loeb und C. Adrian: Rechtfertigt erhöhte molekulare Blut-Konzentration bei Nierenerkrankungen immer den Schluß auf Kranksein beider Nieren? = Aus der Straßburger med. Klinik: Prof. Naunyn. = (Berl. klin. Wochenschr. No. 39. 1904.)

Aus der Beobachtung der Verf. geht hervor, daß auch einseitige Nierenerkrankung (bei Ausschluß irgend einer anderen Ursache und bei keineswegs raumbeengender Größe der erkrankten Niere) mit Erhöhung der molekularen Konzentration des Blutes einhergehen kann, und daß es nicht angeht, ohne weiteres bei nachweisbarer Erkrankung einer Niere und gesteigerter molekularer Blutkonzentration auch eine Erkrankung der zweiten Niere anzunehmen.

M.

Leopold Casper: Zur Diagnostik und Therapie der Nierentuberkulose. (Deutsche mediz. Wochenschr. 1905 No. 3 p. 98.)

In der Einleitung zu seinem Vortrag weist Casper auf die Wandlungen hin, die die Ansichten über Entstehung und Behandlung der Nierentuberkulose besonders die verfeinerte Diagnostik in den letzten 10 Jahren erfahren haben. Für die Diagnose der Nierentuberkulose kommt natürlich die Untersuchung des Urins vor allem in Betracht. In 80% seiner Fälle konnte

C. Tuberkelbacillen im Ausstripräparate des Sedimentes nachweisen; in den übrigen gab das Kulturverfahren und die subculane und intraperjtoneale Impfung von Meerschweinchen die Entscheidung. Die probatorische Tuberkulinnjektion verwirft Verf. Ob das Vorhandensein der Tuberkelbacillen im Urin auf eine lokale Tuberkulose zurückzuführen ist, oder ob eine sogenannte „Ausscheidungstuberkulose" vorliegt, ist meist aus dem Allgemeinzustand des Patienten zu unterscheiden. Im Zweifelsfalle entscheidet der Ureterenkatheterismus, ob die Bacillen nur von einer Niere stammen. Welche Niere erkrankt ist, läßt, wenn vorhanden, das Schmerzgefühl des Patienten erkennen. Dagegen ist die Palpation trügerisch, da die gesunde Niere durch Kompensation vergrößert sein kann. Nicht täuschen lassen darf man sich ferner bei der Cystoskopie durch das Vorhandensein von harmlosen Knötchen bei der sogenannten Cystitis granulosa, die leicht als miliare Tuberkel imponieren.

Durch die Diagnose der einseitigen Nierentuberkulose ist meist die Indikation zur Nephrectomie gegeben, da der Prozeß in der Mehrzahl der Fälle weitergeht, meist zwar langsam, bisweilen aber sehr schnell. Nur 3 Fälle von 60 hat C. zum Stillstand kommen sehen. Man kann daher sich allenfalls abwartend verhalten, wenn keine oder geringe Eiterung bei günstigem Ergebnis der Funktionsprüfung vorhanden ist. Als Contraindikation für die Operation ist allgemeine Tuberkulose, Diabetes, hochgradige Arteriosclerose und starker Marasmus anzusehen. Allerdings hat C. auch sehr elende Patienten die Operatiou gut überstehen gesehen. Von ausschlaggebender Bedeutung ist aber natürlich die Funktionsfähigkeit der zurückbleibenden Niere, die durch Ureterenkatheterismus festgestellt werden muß. Wie wichtig diese Untersuchung beweist C. durch eine vergleichende Statistik. Bei je ca. 130 Nephrectomieen hatten diejenigen Chirurgen, die die funktionelle Diagnostik verwendet hatten, eine Operationsmortalität von 10%, die anderen von 21%. Von den Todesfällen waren bei ersteren nur 7,7% bei letzteren 22,7% durch Niereninsufficienz bedingt worden. **Hans Schwerin** (Berlin).

Senator: Über physiologische und pathologische Albuminurie. (Deutsche medic. Wochenschr. 30. Jahrg. No. 50. p 1833.)

Senator widerspricht der weitverbreiteten Ansicht, daß jede Albuminurie pathologisch ist. Es gibt eine Reihe von außergewöhnlichen Verhältnissen, unter denen auch bei gesunden Menschen erheblichere Eiweißausscheidung durch den Urin stattfinden kann, so bei anstrengender Muskelarbeit der unteren Extremitäten, bei Verdauung reichlicher Mahlzeiten, bei der Menstruation, nach kalten Bädern, psychischen Aufregungen, bes. sexueller Art. Dagegen ist nach Senator zweifellos pathologisch die sogenannte „orthostatische Albuminurie". Ihr liegt, wenn nicht in allen, so doch in den allermeisten Fällen ein leichter Reiz oder entzündlicher Zustand in den Nieren zugrunde, der in Heilung übergehen, aber auch bis zu einer diffusen chronischen Nephritis sich weiter entwickeln kann. Die Ursachen für das Auftreten von derartigen physiologischen und pathologischen intermittierenden Albuminurien sieht Senator in einer angeborenen oder erworbenen Disposition, die zur Folge hat, daß es schon bei geringen Kreislaufveränderungen in

den Nieren, deren Vorhandensein S. für die verschiedenen Arten der intermittierenden Albuminurie nachweist, zu einer Eiweißausscheidung kommt.

Hans Schwerin (Berlin).

M. Bazy: Sur une nouvelle variété d'incontinence nocturne d'urine.

M. Bazy berichtet über Fälle von pyelitis und pyelonephritis, in denen nächtliche Inkontinenz des Urins das Symptom bildete.

An diese Tatsache soll man denken, wenn die Inkontinenz intermittierend auftritt und besonders dann, wenn bei trübem Urin nächtliche Pollakiurie besteht.

(Semaine méd. 1904 No. 44.)

Palm-Berlin.

Prof. Dr. **R. Kutner-Berlin: Zur Behandlung der unfreiwilligen Harnentleerung.** (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1904. Nr. 22.)

Verf. bespricht jene Fälle von unfreiwilligem, unbewußtem Harnabgang, die weder auf zentrale Ursachen zurückzuführen sind (plötzlich bei Shock, längere Zeit hindurch bei schweren Infektionen mit benommenem Sensorium oder chronisch bei Rückenmarkskrankheiten z. B. Tabes), noch auf lokale Erkrankungen (Strikturen der Harnröhre, Prostatahypertrophie), sondern bei welchen örtliche Anomalien der Muskulatur vorliegen. Es handelt sich hierbei um einen falschen Antagonismus von Sphincter vesicae (internus? D. Ref.) und Detrusor, bei welchem der erstere Muskel das Übergewicht über den letzteren gewinnt, der durch chronische Distention geschwächt ist. Diese kommt dadurch zu stande, daß Kinder infolge schlechter Angewöhnung, Erwachsene infolge von Nachlässigkeit oder äußeren Ursachen (Damen in Gesellschaften; Arbeiter an belebten Plätzen ohne Gelegenheit zur Harnentleerung; Kinder in der Schule, welchen der Lehrer das Austreten nicht gestattet etc.) den Urin sehr lange zurückhalten und sich so eine „habituelle Harnverhaltung" angewöhnen. Durch die Untätigkeit des Detrusor entsteht ein chronischer Spasmus des Sphincter, der nur dann aufgehoben wird, wenn eine freiwillige Harnentleerung eintritt, oder wenn die durch die Dehnung gereizte Blase durch krampfhafte Kontraktionen des Detrusor ihren Inhalt entleert. Durch den Sphincterspasmus kann aber auch die freiwillige Entleerung der Blase sehr erschwert und schließlich unmöglich gemacht werden.

Zu diesem Krankheitsbild gehört auch nach K. die Enuresis diurna et nocturna. Die E. nocturna erklärt sich leicht so, daß während untertags durch freiwillige Entleerungen noch für Entlastung der Blase gesorgt wird, diese nachts fehlt und durch große Ansammlung von Urin die Blase gezwungen wird, sich durch gewaltsame Entleerung Erleichterung zu verschaffen. (Nach des Ref. Ansicht muß aber auch eine größere Empfindlichkeit der Blasenwände eingetreten sein, denn die bei der E. nocturna entleerten Urinmengen sind häufig so gering, daß sie zu einer Überdehnung der Blase nicht führen können.)

Als Therapie schlägt K. vor, die Patienten 2—3stündlich, ob Drang vorhanden ist oder nicht, ihre Blase entleeren zu lassen, wodurch der Detrusor gekräftigt wird, während der Spasmus des Sphincter durch Einlegung

von (stärkeren) Metallsonden beseitigt wird. Natürlich müssen die oben erwähnten äußeren Ursachen beseitigt werden. Durch diese einfache Behandlung will K. sehr gute Erfolge erzielt haben.

(Ich habe vor kurzem bei einem 22jährigen Blechner eine schon viele Jahre bestehende Enuresis nocturna, in kurzer Zeit nur durch eine regelmäßige, zweistündliche freiwillige Entleerung der Blase untertags und Vermeidung von Flüssigkeitszufuhr für die Nacht beseitigt. D. Ref.)

Dr. Pollock-Freiburg.

L. Stolper (Wien): **Die Behandlung der Enuresis bei Mädchen.** (Halbmonatsschrift für Haut- und Harnkrankheiten Nr. 11.)

Verf. empfiehlt die Sängersche Dilatation der Urethra als besonders wirksam und gibt eine Kasuistik von 10 mit Erfolg behandelten Fällen. Wenn diese Methode versagt, würde der Autor einen Versuch mit den epiduralen Injektionen nach Cathelin empfehlen. **A. Seelig-Königsberg i. Pr.**

G. E. Brewer (New-York): **A Report of Six Cases of Calculus in the Pelvic Portion of the Ureter.** (The Cleveland Medical Journal, Nov. 1904, p. 479.)

Brewer vermehrt die, bisher nur geringe, Kasuistik von im Beckenteil des Ureters eingeklemmten Steinen um 6 eigene Beobachtungen. 2 davon blieben unoperiert, 1 wurde mit Nephrectomie behandelt (mit nachträglichem Abgange des Steines durch die Urethra), 1 mit Sectio alta und Schlitzung des unteren Teils des Ureters, 2 mit extraperitonealer Incision oberhalb des Poupertschen Bandes. Von großem Wert für die Diagnose erwies sich die Roentgen-Untersuchung. **A. Freudenberg-Berlin.**

Berthold Goldberg-Köln: Die keimfreie Aufbewahrung weicher und halbweicher Katheter. (Dtsch. med. Wochenschr. 1904, Nr. 7.)

Die Katheter müssen entweder trocken oder in einer desinfizierenden Flüssigkeit keimfrei zum jedesmaligen Gebrauch aufgehoben werden. G. empfiehlt die Katheter, die Glasrohre zum Aufheben derselben, die Verschlüsse gesondert, die Katheter einzeln, frei und ohne jede Hülle, mit Hilfe von aseptischen Katheterglashaltern für eine Stunde im Wasserdampfapparat zu sterilisieren und danach die Katheter in den Rohren zu verschließen. Dieses Verfahren empfiehlt sich bei Kliniken und Spezialärzten, die viele Katheter gebrauchen. Der praktische Arzt oder der Prostatiker bedient sich lieber einer innen eingeschnürten und eingebuchteten mit 1—3% Borsäurelösung gefüllten Reagenzröhre zum Aufheben des oder der Katheter. In dieser Lösung halten sich die Katheter ziemlich lange steril. Kleine Abbildungen illustrieren die von G. angegebenen Behälter. **Bernhard Schulze-Kiel.**

George Theodore Mundorff (New-York): **I. Report of a case of obstinate phosphatic diathesis cured by systematic dilatations of the posterior urethra.** (The Medical News 1. X. 1904.)

Der Fall von hartnäckiger Phosphaturie, über den Verf. berichtet, zählt zu der Klasse des „phosphatic diabetes" (Tessier), er betraf einen 38jährigen

Mann, welcher 6—7 Jahre zuvor Gonorrhoe überstanden hatte. Interne Medikation (wir vermissen das Urotropin, Ref.) ohne Erfolg. Dilatation der urethra posterior mittels Kollmann's Dilatator brachte definitive Heilung. M. glaubt, daß vielleicht ein entzündlicher Zustand der hinteren Harnröhre bestanden hat, der durch Beteiligung des reichen Nervengeflechts zu der Neurasthenie und infolge funktioneller Störung der entfernt liegenden Niere zu dieser reflektorischen Sekretionsanomalie geführt haben kann.

II. The Kollmann five-glass test. (The Medical Record, 2. IV. 1904.)

Verf. bespricht in einem kurzen Artikel den Wert der fünf Gläserprobe Kollmann's und fügt zur Illustrierung drei Krankengeschichten bei. Neues bringt der Aufsatz nicht. **Blaneck-Potsdam.**

J. B. Studzinski: Beitrag zur Kenntnis der Wirkung der Essentia antimellini composita bei Diabetes mellitus. (Deutsche medizinische Wochenschr. 30. Jahrg. Nr. 24 u. 25. p. 876 u. 920.)

Ausführlicher Bericht über 3 mit Antimellin behandelte Fälle von Diabetes. Ein Erfolg der teuren Medikation war nicht festzustellen.

Schwerin-Berlin.

Julius Baer: Über die Einwirkung der Glykuronsäureausscheidung auf die Acidose. = Aus der Straßburger med. Klinik: Prof. Naunyn. = (Zeitschrift für klin. Med. 56. Bd. Heft 1 und 2, 1905.)

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen: Glykuronsäureausscheidung, durch große Kampfergaben hervorgerufen, führt nicht zur Ausscheidung von Aceton und β-Oxybuttersäure. Wird ein Körper, der Glykuronsäureausscheidung in beträchtlicher Höhe hervorruft (es wurde nur Kampfer und Chloralhydrat untersucht) bei bestehender Acidose gegeben, so sinkt die Acidose unter Umständen recht bedeutend ab, gleichgültig, ob dabei mehr oder weniger N, mehr oder weniger Zucker ausgeschieden wird, oder die Ausscheidung beider gleich bleibt. Morphium läßt eine deutlich Beeinflussung der Acidose nicht erkennen. **M.**

E. Rudeck: Nachweis des Harnzuckers durch kolorimetrische Bestimmung nebst Eiweißmessung. (Deutsche Medizinal-Zeitung. 1904, No. 91.)

Der Umstand, daß die Traubenzuckerbestimmung, besonders bei Befunden unter 0,6%, mit den verschiedenen Methoden selten völlig übereinstimmende Resultate liefert, veranlaßte den Verf., der Frage näher zu treten, ob nicht durch andere weniger umständliche Methoden bessere Resultate zu erzielen seien. Er stellte sich Traubenzuckerlösungen von verschiedenem Gehalt her und fixierte den nach Aufkochen mit Kalilauge gewonnenen Farbenton mittels Farbglas. Sein Zuckerkolorisator besteht aus 8 farbigen Glasstreifen und 4 graduierten Reagensgläsern, sowie einem Mattglasstreifen.

Als Reagentien sind vorrätig zu halten: 1. Bleitierkohle. Ein Gemisch von 10% Cerussa plus 90% Tierkohle. 2. 10% Kalilauge. 3. Bismutlösung. 4,0 Natiumkaliumtartrat in 100,0 NaOH-(10%)-Lösung im Wasserbade mit 2,5 Bism. subn. digeriert und filtriert. Diese Lösung hält sich jahrelang. Die

angegebenen Gewichtsmengen sind genau innezuhalten. Des Vorgehen ist folgendes: A. Entfärben des Urins. Man füllt ein Reagenzglas bis Strich 1 mit Bleitierkohle, bis Strich 4 mit Urin. Umschütteln und filtrieren. B. Qualitativer Nachweis von Zuckerspuren. Man füllt bis Strich 1 Bismutlösung, bis Strich 2 filtrierten Urin und kocht einmal auf. Farbenunterschiede bei verschiedenem Gehalt an Zucker. C. Quantitative Bestimmung. Vergleichung der bei Behandlung nach B. erhaltenen Farbennüancen mit den Farbgläsern. Stark zuckerhaltiger Urin wird verdünnt. Der Kolorisator kostet 3,50 Mk.

Die für die Zuckerbestimmung konstruierten Reagenzgläser lassen sich auch zur Eiweißbestimmung verwenden; ebenso kann Acetylessigsäure approximativ bestimmt werden. Die Einzelheiten eignen sich nicht zu kurzem Referat; da die Methode eine sehr einfache und deshalb gerade für den Praktiker wertvolle ist, kann das Studium der Originalarbeit nur empfohlen werden. M.

Max Fischer: Über die Bedingungen, welche die Ausscheidung der Alkalien im Harn begünstigen. (Inaugural-Dissertation, Würzburg 1903.)

In der vorliegenden Arbeit ist dargetan: 1. Daß die Körperstellung einen wichtigen und nicht zu vernachlässigenden Einfluß auf die Reaktion des Harnes ausübt, so daß die Acidität des Harns bei der horizontalen Lage heruntergeht. 2. Daß die Ausscheidung von Alkalien wie Natr. bicarb. etc. durch die gleichen Gesetze beeinflußt wird, wie das Auftreten oder Ausbleiben der alkalischen Reaktion in der Verdauungsperiode, nämlich durch die Körperstellung. 3. Daß das warme und das kohlensaure Bad die Ausscheidung von Alkalien begünstigt. 4. Daß durch eine vertiefte Atmung sowohl unter gewöhnlichen Verhältnissen die Alkalienausfuhr größer wird, als auch insbesondere die Ausscheidung künstlich eingeführter Alkalien erheblich beschleunigt wird. 5. Daß bei nicht wesentlicher oder fehlender Schädigung der Nieren ein zu wenig oder zu viel in der Ausscheidung der Alkalien bald wieder reguliert zu werden scheint. M.

P. von Kubinyi: Gefährliche Blutungen aus den Harnwegen während der Schwangerschaft (II. Univ.-Frauenklinik zu Budapest, Hofrat Prof. Dr. Tauffer). (Ctrlbl. f. Gynäk. 1904. No. 48).

Infolge von Ruptur eines Varix in der Blase war außer hochgradiger Anämie durch das angesammelte geronnene Blut ein Verschluß der Urethralmündungen und dadurch eine Harnverhaltung entstanden, die erst nach Dilatation der Urethra und Zerstörung der die Urethralöffnung verlegenden Blutplazenta beseitigt werden konnte. Schwab-Hamburg.

Dr. Albrecht Frhr. v. Notthafft: Über scheinbar mit der Prostata nicht zusammenhängende, aber dennoch durch Prostatitis bedingte Schmerzen, nebst einigen Bemerkungen über chronische Prostatitis. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, LXX. Band, 2. Heft.)

In den meisten Arbeiten über Prostatitis wird das Moment des Ausstrahlens der Schmerzen betont, so daß dadurch der Anschein erweckt wird, als ob bei der chronischen Prostatitis ein Schmerzenskomplex vorhanden

wäre, der seinen Hauptsitz in und um die Prostata hätte und nur auchgelegentlich in Nachbarbezirke mittels Ausläufer irradiere. In Wirklichkeit können aber, wie Notthafft zeigt, diese Schmerzen ganz unabhängig von Prostata-Erscheinungen auftreten. So bringt er Fälle, in denen durch eine Prostatitis das mehr oder minder typische Bild einer Ischias, von Hämorrhoiden, Kniebeschwerden, Blasenkatarrh vorgetäuscht wurde. Wiederum in anderen Fällen waren Schmerzen am Hoden und Samenstrang, an der Darmbeinschaufel, in den Hypochondrien und an anderen Punkten des Unterleibs vorhanden. Der Verf. betont die Notwendigkeit der rektalen Untersuchung, besonders bei chronischen Gonorrhoen, da ein negativer Prostata-Befund dabei geradezu zu den Ausnahmen zählt. Doch betont er, daß auf Grund einer einmaligen Untersuchung des Prostata-Sekrets nur bei positivem Ergebnis eine Diagnose gestellt werden kann; bei negativem kann eine mehrmalige Wiederholung nötig werden.

Was die Infektiosität einer Prostatitis betrifft, so hat Notthafft gefunden, daß im 2. Halbjahr nach der Infektion der Gonokokkus nur mehr in 73% der Fälle, im 3. Halbjahr in 50%, im 4. Halbjahr in 18%, im 3. Jahr nur noch in 6% zu finden ist; vom Ende des 3. Jahres finden sich keine Gonokokken mehr im Prostata-Sekret. Er pflichtet daher Goldberg bei, „daß wir, wenn eine Urethritis gonorrhoica ausgeheilt ist, und nur prostatische Prozesse bestehen, welche (wie Notthafft hinzufügt, mit Sicherheit zum mindesten 3 Jahre nach der Infektion liegen und) bei häufig wiederholter Gonokokken-Untersuchung nie solche gezeigt haben, kein Recht haben, wegen einer Abnormität, deren Unschädlichkeit oft beobachtet wurde, deren Heilung aber uns meistens nicht gelingt, den Patienten zu einem kranken und heiratsunfähigen Mann zu dekretieren.“ Nur jene Formen sind bedenklich, in denen die Prostatitis zur Abscedierung führte. — Bei der Behandlung spricht der Verfasser den Ichthyol-Klysmen und Ichthyol-Suppositorien jeden therapeutischen Wert ab. (Referent möchte jedoch den Jod-Jodkali-Suppositorien das Wort reden). Im Vordergrund steht bei der Behandlung die Massage. Sie kann durch hydrotherapeutische und thermische Rektum-Behandlung unterstützt werden; es ist dabei aber stundenlange Durchrieselung des Rektums mit Wasser von 40° C. nötig, um die Schmerzen auf Stunden oder Tage zu beseitigen. Sie verschwinden jedenfalls viel früher als die objektiven Veränderungen an der Prostata.

Forchheimer-Würzburg.

M. Mosny: Polyarthrite puerpérale de nature gonococcique. (Sem. méd. 1904, No. 52.)

M. Mosny beobachtete bei seiner Patientin nach einer Entbindung eine infektiöse Polyarthritis. Die bakteriologische Untersuchung des eitrigen Gelenkinhalts ergab nichts; erst Kulturen erwiesen die Anwesenheit von Gonococcen. Zu bemerken ist, daß bei der Patientin bis dahin irgend ein Zeichen von Gonorrhoe nicht vorhanden war. Es handelt sich also um eine latente Gonococcen-Infektion, die durch die Geburtsarbeit wieder aufflammte.

Palm-Berlin.

M. Ménétrier: Sur un cas de polynévrite blennorrhagique terminée par la mort. (Sem. méd. 1904, No. 25.)

M. Ménétrier beobachtete bei einem 46jährigen Mann mit frischer Gonorrhoe paretische und schmerzhafte Erscheinungen, hauptsächlich an den unteren Extremitäten, nachher eine diffuse Amyotrophie und ferner ebenda eine veränderte tactile Sensibalität. Patient erlag einer Bronchopneumonie. Die histologische Untersuchung ergab degenerative Veränderungen in den betreffenden Nerven und chromatolyse der großen multipolaren Zellen der vorderen Hörner des Rückenmarks in der Lumbar- und Cervicalgegend.

Palm-Berlin.

P. Ravant et Darré: Les réactions nerveuses au cours des herpes génitaux. (Annales de Dermatologie 1904, No. 6.)

Bei dem herpes genitalis, den Mauriac herpes neuralgique der Geschlechtsorgane nennt und der sich hauptsächlich durch nervöse Symptome vor oder nach dem Auftreten der Herpesbläschen auszeichnet, fanden die Autoren im liquor cerebro-spinalis, den sie durch Lumbarpunction gewannen, als celluläre Elemente lymphocyten, seltner polynucleäre Zellen; Microben waren nicht vorhanden; albumine, wie bei meningitis, waren nicht nachzuweisen. Inoculationen mit der Flüssigkeit bei anderen oder bei demselben Patienten ergaben keine Hautveränderung. Nach der Punktion trat eine Besserung der nervösen Symptome ein, die aber nicht lange anhielt

Palm-Berlin.

L'uréthrite staphylococcique par coit „ab ore". (Semaine méd. 1905, No. 4.)

Aus der medizinischen Klinik in Nantes werden 3 Fälle von urethritis berichtet, die durch Einwandern des staphylococcus pyogenet albus gelegentlich eines coitus buccalis in die Urethra entstanden. Die Erscheinungen dieser urethritis waren die einer heftig auftretenden Gonorrhoe; Gonococcen wurden in dem Secret absolut nicht gefunden. Heilung trat in 5 bis 6 Wochen ein. Bemerkenswert ist, daß in einem Falle die urethritis auf die Genitalien der Frau übertragen wurde mit der weiteren Komplikation von purulenter Endometritis und Salpingitis. Palm-Berlin.

III. Besprechungen.

Prof. Henri Hartmann: Organes Génito-Urinaires de l'homme. Avec 412 fig. dans le texte. (Paris 1904, Editeur Steinheil.)

Kaum ein Jahr ist verflossen, seit die urologische Literatur durch Hartmann's Travaux de chirurgie anatomo-clinique (Voies urinaires, Estomo) eine wertvolle Bereicherung erfahren hat und schon liegt uns ein neues Werk aus der Feder des gleichen Autors vor. Basierend auf seinen klinischen Vorlesungen über Urologie will Hartmann vor allem eine präcise Darstel-

lung der Therapeutischen Indikationen geben und eine ausführliche Darstellung ihrer Ausführung.

Es wird immer zuerst die normale und pathologische Anatomie des betreffenden Gebietes besprochen, sodann im engsten Zusammenhang mit derselben die Operationen. Stets ist das wichtigste in klarer und übersichtlicher Weise gegeben, Operationen untergeordneter Bedeutung sind am Schluß in kleinem Druck kurz angeführt. Jedem einzelnen Gebiet entsprechend, sind die einschlägigen Untersuchungsmethoden auf das eingehendste geschildert.

Ganz außerordentlich wird das Verständnis der geschilderten Materie gefördert durch zahlreiche Figuren im Text. Es sind fast alles Zeichnungen nach eigenen Präparaten, z. T. auch Reproduktionen der in der Vorlesung verwendeten Wandtafeln.

Sehr originell und zweckmäßig sind die Operationen nicht wie gewöhnlich an einem in aufrechte Stellung gebrachten Objekt dargestellt, sondern es ist jedesmal bei den topographisch-anatomischen Zeichnungen der Operation diejenige Lage gewählt, welche wirklich der Operation entspricht, so die Blasenoperationen bei erhöhter Beckenlage, die Nierenoperationen in Seitenlage usw.

Das ganze Werk umfaßt 5 Abteilungen, die wieder in eine Reihe von einzelnen Kapiteln eingeteilt sind.

Der erste Teil behandelt allgemein die chirurgische Therapie und die Untersuchungsmethoden der Harnwege. Im zweiten wird die Therapie der Harnröhren, Vorsteherdrüsen und Blasenerkrankungen besprochen.

Die Behandlung der Krankheiten der Niere, des Nierenbeckens und der Ureteren sind im 3. Abschnitt enthalten. Der 4. Abschnitt behandelt die Geschlechtsorgane. Die Bildungsanomalien und deren Behandlung enthält der 5. Abschnitt.

Das erste Kapitel behandelt Asepsis und Antisepsis bei der Behandlung der Erkrankungen der Harnwege. Es wird die ungeheure Wichtigkeit derselben in das richtige Licht gesetzt und es wird auf die große Bedeutung des von Guyon aufgestellten Grundsatzes hingewiesen, daß das Vermeiden von Kongestionen im kleinen Becken, welches die Empfänglichkeit für Infektionen in beträchtlichem Maße vermehrt, fast ebenso wichtig ist, wie die Sauberkeit. Bei den alten Retentionisten, bei den Haemarthurikern, bei Menschen, die an Anfällen von Nierenkolik leiden, kann der geringste Verstoß gegen die Gebote der Antisepsis und Asepsis verhängnisvoll werden. Ihr Gebot gilt ebensowohl für den Kranken, wie für den Arzt und seine Instrumente. Ganz besondere Aufmerksamkeit verdienen die Gummi- und Seideninstrumente. Sehr berechtigter Weise legt Hartmann ganz besonders Wert auf eine mechanische Reinigung des Innern. Er hat zu diesem Zweck in seiner Poliklinik eine praktische Vorrichtung angebracht, durch welche jeder weiche Katheter sofort nach dem Gebrauch mit einem starken Strahl heißen Wassers durchspült wird. Die außen mechanisch gereinigten Instrumente werden sorgfältig getrocknet und sodann nach der von Franck zuerst angegebenen Methode der Formaldehyd-Sterilisation sterilisiert. Hartmann bedient sich ausschließlich des äußerst praktischen Apparates von Hammo-

nic. Sodann wird die instrumentelle Untersuchung der Harnröhre und Blase besprochen. Es wird dabei auf die große Bedeutung der Palpation hingewiesen, welche es vor allen Dingen ermöglicht, sich über den Zustand der Wandungen dieser Organe ein Bild zu verschaffen. Die Untersuchungssonde ist so zu handhaben, daß sie ein wirkliches Palpieren ist und der Operateur muß sich in jedem Augenblicke genau Rechenschaft darüber geben, in welchem Abschnitt der Organe sich das Ende seines Instrumentes befindet. Vortreffliche anatomische Zeichnungen, besonders chematische Durchschnitte, erleichtern dem Studierenden das Verständnis dieser Dinge. Klar und präzise sind die Vorschriften für das Handhaben der Sonde und des Katheters und in anschaulicher Weise wird alles durch ausgezeichnete erläuternde Zeichnungen vor Augen geführt..

Ganz besondere Aufmerksamkeit ist der so wichtigen Frage der Wahl des geeigneten Instrumentes beim Prostatiker gewidmet. Verschieden große und verschieden gekrümmte Enden müssen der so überaus vielgestaltigen vergrößerten Vorsteherdrüse entsprechen. Gleiche Aufmerksamkeit und Ausführlichkeit widmet der Verfasser dem Gebrauch der Sonde bei Harnröhrenstrikturen. Bei der Besprechung der Dilatatoren werden nur die älteren Kollmann'schen Instrumente erwähnt. Bei der Frage der Harnröhreninstillationen vermißt man das, überhaupt wenig in Frankreich bekannte, wenngleich recht praktische Instrument von Ultzmann.

Sehr erfreulicher Weise wird die große Bedeutung der Urethroskopie und Cystoskopie voll und ganz — auch mit Berücksichtigung der neuesten Fortschritte dieser Methoden — gewürdigt. An Stelle der auch noch vom Verfasser empfohlenen Borsäurelösung zur Spülung und Füllung der Blase bei Cystoskopie, deren Wert in bakteriologischer Beziehung doch ein recht fraglicher ist, verdient das Hydrargyrum oxycyanatum eine erhebliche Beachtung. Im zweiten Kapitel wird die Behandlung der Harnröhren und Blasenerkrankungen besprochen. Waschungen, Einspritzungen, Instillationen und sonstige endourethralen Eingriffe zur Behandlung der akuten und chronischen Harnröhrenentzündung werden ausführlich dargestellt. Für die Behandlung der Gonorrhoe empfiehlt Hartmann die Janet'sche Methode. Kurz erwähnt wenigstens wird auch das Protargol. Es dürfte darauf hingewiesen werden, daß beim Ersetzen des hypermangansauren Kali durch Protargol — oder besser noch durch Albargin — die Janet'sche Methode weit sichere und schnellere Resultate erzielt. Dem zur Behandlung der sekundären Infektionen empfohlenen Sublimat ist das viel reizlosere Hydrargyrum oxycyanatum bei weitem vorzuziehen. Zur Feststellung der postgonorrhoischen Läsionen dürfte der Urethroskopie etwas mehr Beachtung geschenkt werden. Weiter folgt die Besprechung der Extraktion von Fremdkörpern nebst ausführlicher Schilderung und Darstellung der dazu nötigen Instrumente. Die interne Urethrotomie wird — analog dem entsprechenden Kapitel in den „Travaux de chirurgie clinique" — ganz im Sinne der bekannten Guyon'schen Darstellung abgehandelt. Die Methoden der Divulsion und der Elektrolyse werden mit der ihnen gebührenden Kürze erwähnt. Bei der Besprechung der externen Urethrotomie- und der Harnröhrenresektion wird der Frage der Vereinigung der Harnröhren und Dammwunde besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Dem Vor-

schlag des Verfassers, die gesamten Weichteile des Perineums über der Dauersonde mit einer einzigen Naht zu vereinigen und die Hautwunde offen zu lassen, wird man höchstens für die auch schon von Guyon präzisierten Fälle beistimmen, in welchen der Harnröhrenkanal in harte fibröse Massen eingebettet war.

Im Anschluß an die Resektion scharf begrenzter Harnröhrennarben in geringer Ausdehnung, wie sie im Anschluß an Harnröhrenverletzungen gewöhnlich vorhanden sind, wird man die Dammnaht in mehreren Etagen vorziehen. Der Unterschied zwischen der nur zeitlichen und definitiven Eröffnung des Dammes wird durch sehr klare schematische Zeichnungen erläutert. In den drei folgenden Kapiteln werden die drei Wege besprochen, auf welchen man zu den tiefer gelegenen Abschnitten der Harnwege gelangt, nämlich vom Damm, vom Mastdarm und vom Bauch aus. Jedes dieser Kapitel ist eingeleitet durch eine vorzüglich klare und durch markante Zeichnungen erläuterte topographisch-anatomische Beschreibung. Die Zeichnungen, welche die einzelnen Phasen der Operationen darstellen, weichen sehr erfreulicher Weise von der alten Tradition dadurch ab, daß der Körper immer in der Lage gezeichnet ist, in welcher er sich bei der Operation wirklich befindet. Die schwierigen Verhältnisse der Beckenfacie und ihre Beziehungen zur Vorsteherdrüse, besonders auch in operativer Hinsicht, erfahren eine äußerst klare und verständliche Darstellung.

Immer ausgehend von den jeweiligen anatomischen Betrachtungen, werden die Zerreißungen der Harnröhre, die operativen Eingriffe an den Cowperschen Drüsen, die verschiedenen Formen der Sectio perinealis, lateralis, bilateralis, praerectalis und uraetrales besprochen. Die Bezeichnung Perineotomie umfaßt diejenigen operativen Eingriffe, bei welchen der Damm in seiner ganzen Ausdehnung durchtrennt wird ohne Verletzung der Harnröhre, um diejenigen Gebilde freizulegen, welche in der prostatischen Lage enthalten sind. Diese Perineotomie bildet den ersten Teil aller operativen Eingriffe an der Prostata, wie Incision von Abszessen, Auskratzung tuberkulöser Herde, Prostapectomie der von Delagénière angegebenen subperenialen Prosperpexie, der Spermato- Cystostomie und der Spermato-Cystectomie, ferner der perinetoalen Cystostomie nach der Methode von Rochet.

Ganz besonders ausführlich wird die Prostatectomie unter Beifügung der ausgezeichneten Proust'schen topographischen Zeichnung abgehandelt. Entsprechend seiner heute geringen Bedeutung, wird der rectale Weg ganz kurz behandelt. Eine geradezu klassische topographisch-anatomische Darstellung leitet das Kapitel der „Voie hypogastrique" ein. Die heute ganz allgemein in die Chirurgie eingeführte Trendelenburg'sche Beckenhochlagerung wird durch einige schematische Zeichnungen äußerst klar veranschaulicht und im Anschluß daran werden Blasenpunktion, Sectio alta zur Extraction von Steinen oder Abtragungen von Blasengeschwülsten, die Cystostomie, die suprapubische Cysterkopie und die Cystopexie geschildert. Ganz besonders sorgfältig werden die wichtigen Fragen der Naht der Drainage, des Verbandes und der Nachbehandlung diskutiert. Der Besprechung der Totalexstirpation der Blase, der Sectio alta zur Vornahme des rectrograden

Katheterismus folgt die ausführliche Besprechung der suprapubischen Prostatectomie, die ursprünglich auf die Empfehlungen von Mac-Gill und Belfield von Fuller ausgeführt worden ist. In den letzten Jahren ist sie besonders durch die Publikationen F. Reyer's in weiteren Kreisen bekannt geworden. Es folgt dann eine durch zahlreiche Zeichnungen erläuterte Beschreibung der Lithotripsie, bei welcher Hartmann das große Verdienst seines Lehrers Guyon in vollstem Maße würdigt. Kurz wird auch die Bottinische Operation geschildert, welche — gegenüber der Prostatectomie — von Tag zu Tag an Bedeutung verliert. Die drei folgenden Kapitel betreffen die Behandlung der Erkrankungen der Harnröhre, der Blase und der Vorsteherdrüse. Sie sind gewissermaßen aufgebaut auf den Grundlagen der vorhergegangenen topographisch-anatomischen Abhandlung. Die blutige und unblutige Behandlung der Stricturen, die Eröffnung und Drainage von Eiterherden, die Behandlung der Cystitis, der Fremdkörper, Steine und Geschwülste der Blase, die Erkrankungen der Vorsteherdrüse werden prägnant und klar abgehandelt. Bei allen diesen Behandlungsmethoden dürfte der Empfehlung der Borsäure die des Hydragirum oxycyanatum vorzuziehen sein.

Der dritte Abschnitt des Buches umfaßt die Behandlung der Erkrankungen der Niere, des Nierenbeckens und der Ureteren. Seiner Bedeutung gemäß, ist das Kapitel Nierenuntersuchung besonders ausführlich gehalten Die verschiedenen Methoden der Nierenpalpation, der Lagerung des Beckens bei der Untersuchung, die funktionelle Nierenprüfung, die Kryoskopie und das für dieselbe so wichtige getrennte Auffangen des Urines beider Nieren werden an der Hand zahlreicher Zeichnungen eingehend erläutert. Für das getrennte Auffangen des Urines beider Nieren spricht Hartmann sich etwas zu ausschließlich zu Gunsten der von seinem Schüler Luys erfundenen Methode der endovesikalen Separation des Urines aus, wobei er anerkennt, daß in manchen Fällen auch der von Cathelin angegebene Apparat seine Anwendung findet. Der Ureterencatheterismus verdient etwas weniger stiefmütterlich behandelt zu werden.

Genügen die genannten diagnostischen Methoden nicht, so tritt die Punktion oder die probatorische Freilegung der Niere in ihr Recht. Eine Reihe von ganz vortrefflichen topographischen Zeichnungen erläutert den Weg, welchen das Messer des Chirurgen zu wählen hat, um zur Fettkapsel der Niere zu gelangen. In einem besonderen Kapitel wird die Nephrectomie und Nephrotomie behandelt; die verschiedenen Arten der Schnittführung, sowohl bei der abdominalen, wie bei der lumbalen Vornahme der Operation werden ausführlich erörtert und durch zahlreiche schematische Figuren erklärt. Es folgen statistische Zusammenstellungen über die Mortalität, welche die Vervollkommnung dieser Operationen in glänzender Weise illustrieren. Im Anschluß an die Beschreibung des Nierensteinschnittes, der Nierenannähung und der Nephrotomie werden die verschiedenen Eingriffe an den Ureteren — wiederum gestützt auf ausgezeichnete anatomische Auseinandersetzungen — ausführlich geschildert.

Das sechste Kapitel umfaßt die Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Nierenkrankheiten. Perinephritischer Abszess, Nierenverletzungen, Nephroptose, Pyelonephritis und Pyonephrose, Nierensteine, renale und peri-

renale Fisteln, Néphrites médicales, Nierentuberkulose und Nierentumoren finden ihre Besprechung. Die beste Methode der Behandlung der Nierentuberkulose ist die möglichst frühzeitige Entfernung der erkrankten Niere in allen Fällen, wo sie möglich ist. Der vierte und letzte Teil des Werkes umfaßt die Geschlechtsorgane. Unter der großen Zahl der zur Besprechung gelangenden Kapitel sei ganz besonders hingewiesen auf diejenigen, welche die Resection des Nebenhodens, ferner die Resection und nachfolgende Anastomose der Samenkanäle und die varicocele betreffen. Bei der Beschreibung der Operationen am Penis, z. B. der Epispadie, der Hypospadie und der sonstigen plastischen Operationen werden die zahlreichen ausgezeichneten schematischen und topographischen Zeichnungen dadurch ganz besonders klar, daß die durch die Incision eröffneten Partien rot gezeichnet sind. Die ausführliche Besprechung der Behandlung der Blasenectopie und der Harnröhrenpenisfisteln bilden den Schluß des Werkes.

Nur in einem Lande, in welchem das wichtige urologische Gebiet einen Gegenstand der Lehrtätigkeit in klinischem und akademischem Sinne ausmacht, konnte ein Werk, wie das vorliegende, entstehen und nur aus der Feder des langjährigen Leiters der operativen Arbeiten an der Anatomie, zugleich eines der hervorragendsten Chirurgen Frankreichs und Chefs der urologischen Klinik im Hospital Lawibirius, konnte die so überaus lehrreiche und instruktive Darstellung der operativ-therapeutischen Materie auf der Grundlage der anatomischen Verhältnisse fließen. In der ihm eigenen schlichten und präcisen Darstellungsweise hat Hartmann die Aufgabe, ein chirurgisch-klinisches Lehrbuch der Urologie zu schaffen, glänzend gelöst. Jedes Kapitel zeigt uns den wissenden Anatomen, den erfahrenen Operateur und den mit der Wissenschaft fortgeschrittenen modernen Kliniker. Für den Praktiker wird das Werk in gleicher Weise wie für den Spezialisten ein Lehrbuch sein, welches mit Fug und Recht zu den besten gerechnet zu werden verdient. Der Text zeichnet sich durch grosse Einfachheit und Klarheit der Diction aus und vortrefflicher und würdiger Weise hat die Verlagsbuchhandlung das Werk ausgestattet. Die im Text gedruckten Figuren sind ganz vortreffliche Reproduktionen eigener Präparate und Zeichnungen des Verfassers.

Ernst R. W. Frank-Berlin.

Dr. Wilhelm Sternberg: Die Judenkrankheit, die Zuckerkrankheit, eine Folge der rituellen Küche und orthodoxen Lebensweise der Juden? (Mainz, Joh. Wirth'sche Hofbuchhandlung. 1903. 70 Seiten.)

Die rituelle Diät und die religiöse Kost veranlaßt nicht die Krankheit der Juden, die Zuckerkrankheit, und die Verletzung der diätetischen Religionsgesetze wird gar nicht durch die ärztliche Behandlung gefordert. Um die Häufigkeit des Leidens unter den Juden zu mindern, gebietet die Prophylaxe, in der geistigen und seelischen Diät fürsorglich zu sein, das psychische Trauma möglichst zu meiden.

M.

SANATOGEN

wirksamstes Kräftigungsmittel
und
zuverlässiges Nerventonicum

Indiciert bei

Sexual-Neurasthenie

Impotenz, Syphilis und Quecksilber-Kachexien
sowie Erschöpfungszuständen aller Art.

Den Herren Aerzten Literatur und Proben gratis und franco
von **BAUER & Cie.**, Sanatogenwerke, **Berlin SW. 48.**

Unguentum Heyden

Salbe aus **Calomelol** (kolloidal. Kalomel). **Diskreter Ersatz für Merkurialsalbe.** Färbt nicht, wird nicht ranzig, keine Follikulitis. Bestes **Antiparasitikum.** Ausgezeichnetes **Antisyphilitikum.** Nach *Neisser* und *Siebert* das Durchführen und methodische Wiederholen der Schmierkur außerordentlich erleichternd. Normaldosis für eine Einreibung 6 g. In graduierten Röhren zu 30 und 60 g. Wegen der Empfindlichkeit der Salbe Abpackung in Einzeldosen möglichst zu vermeiden.

Calomelol in Tabletten zu 0,01 innerliches **Antisyphilitikum,** als Streupulver auf **syphilitische Geschwüre.**

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Fersan

(Jolles)

Eisen- und phosphorhaltiges Nähr- und Kräftigungsmittel.

Fersan in Pulverform.
Fersan in Pastillenform.

Jod-Fersan-Pastillen für Erwachsene
(in Original-Kartons zu 100 Stück).
Kal. jod. 0.05, Fersan 0.2.
D. S. 2mal tägl. je 3—6 Pastillen, je nach der Indikation.

Jod-Fersan-Schokolade-Kinder-Pastillen
(in Original-Kartons zu 50 Stück).
D. S. 2mal täglich je 2—4 Pastillen.

Fersanwerk Wien IX
Berggasse 17.

Erhältlich in allen Apotheken.

Den Herren Ärzten Literatur und Proben gratis und franko!

Bester Ersatz für Jodoform.

Xeroform

Beim Gebrauch geruchlos, ungiftig, nicht reizend, kein Ekzem erzeugend. Eminent austrocknend und sekretionsbeschränkend. **Schnellst wirkendes Ueberhäutungsmittel.** Desodorisiert selbst jauchige Sekrete. **Spezifikum bei nässenden Ekzemen, Intertrigo, Ulcus cruris, Verbrennungen.**

Novargan

Das **reizloseste Antigonorrhoikum** unter den **Silberpräparaten.** Enorm keimtötend; große Tiefenwirkung. 0,5 bis 1%ige Lösung zu den üblichen Injektionen, 15%ige Lösung zur Instillation bei der **Abortivkur** nach *Lucke.*

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Sapolentum Hydrarg. Görner

zur farblosen Quecksilber-Schmierkur

ist in Gelatinekapseln dispensierte 33 1/2% Quecksilbersalbe löst sich in Wasser. Der Körperteil ist nach der Bearbeitung

farblos, sauber und geruchlos.

Bewährter Fortschritt!

Hauptvorzüge gegen Unguentum cinereum:
Unveränderliche Haltbarkeit und **Kontrolle** des **Masseurs.**
Ambulante Behandlung ohne Berufsstörung des Patienten.
Zuverlässige Wirkung, welche von Dr. Max Josef klinisch erprobt, in wissenschaftlichen Arbeiten besprochen und von Dr. A. Blaschko und vielen anderen Autoritäten lobend anerkannt ist.
(Derm. Centralbl. 1898 No. 6. Dtsch. Ärzte-Ztg. 1900 H. 8 und 1901 H. 2. Berl. klin. Wochenschr. 1900 No. 51 und 52. Lehrbuch d. Geschlechtskrankheiten, Dr. Max Joseph, III. Aufl. 1901).
Preis für 1 Schachtel mit je 10 Kapseln: à 3 gr. = 1.50, à 4 gr. = 1.75, à 5 gr. = 2 M., wie ungt. ciner. in Papier.
Zu beziehen durch alle Apotheken oder direkt von

Görner, Hofapotheker, **Berlin W.,** Ansbacherstr. 8.

Kein Vehikel befördert die Resorption wie **VASOGEN**

Jod-Vasogen
6% u. 10%.

Innerlich und äußerlich an Stelle von Jodkali und Jodtinktur. Schnelle Resorption, energische Wirkung; keine Nebenwirkungen; keine Reizung und Färbung der Haut.

30 gr. Mk. 1.—, 100 gr. Mk. 2.50.

Hg.-Vasogen-Salbe
33 1/3% u. 50%.

enthält das Hg. in feinster Verteilung, wird schnell und vollkommen resorbiert, daher kein Beschmutzen der Wäsche, unbegrenzt haltbar und billiger als Ung. ciner.

In Gelat.-Kaps. à 3, 4 u. 5 gr.

Da wertlose Nachahmungen vorhanden, bitten wir, stets unsere Original-Packung („Pearson") zu ordinieren.

Vasogenfabrik Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg.

Anthrasol.

Gereinigter, farbloser Teer.

Anthrasol ist ein leichtflüßiges, hellgelbes Öl mit spezifischem Teergeruch, wird schnell resorbiert und besitzt größere Tiefenwirkung als gewöhnlicher Teer. Anwendung: wie Steinkohlenteer bei Ekzem, Pruritus, Lichen, Scabies usw.

Literatur und Muster zu Diensten.

Knoll & Co., chemische Fabrik, Ludwigshafen a. Rh.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig. — Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—) Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 3.

Heft 6. **Juni 1905.** Jahrgang II.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten:

1. *Dr. Otto Große-München:* „Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten."
2. *Dr. Freiherr von Notthafft-München:* „Epilog zum zweiten Kongreß der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten am 17. und 18. März in München."
3. *Dr. med. Wilhelm Hammer-Berlin:* „Über Spracheigentümlichkeiten Berliner Prostituierter."

II. Referate:

1. *Baermann:* „Die Gonorrhoe der Prostituierten."
2. *R. de Campagnolle:* „Über den Wert der modernen Instillationsprophylaxe der Gonorrhoe."
3. *Koßmann:* „Darf der Arzt zum ausserehelichen Geschlechtsverkehr raten?"
4. *Hirsch:* „Darf der Arzt zum ausserehelichen Geschlechtsverkehr raten?"
5. *Kampfmeyer:* „Die Wohnungsmissstände im Prostitutions- und Schlafgängerwesen und ihre gesetzliche Reform."
6. *Kade:* „Kurpfuscherei und Geschlechtskrankheiten."
7. *A. Blaschko-Berlin:* „Syphilis und Lebensversicherung."
8. *O. Mankiewicz-Berlin:* „Die Prostatahypertrophie."

III. Besprechungen:

1. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Zehnte Versammlung.
2. *George M. Phillips and forty distinguished authorities:* „Prostatic Hypertrophy from every surgical standpoint."
3. *Dr. Schuster:* „Die Syphilis, deren Wesen, Verlauf und Behandlung, nebst kurzer Besprechung des Ulcus molle und der Gonorrhoe."
4. *J. K. Proksch-Wien:* „Beiträge zur Geschichte der Syphilis."
5. *Ad. Alf. Michaelis:* „Der Schmerz."

IV. Notizen:

„VII. Deutscher Samaritertag."

I. Originalarbeiten.

Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten.

Nach einem im ärztlichen Verein zu München am 9. Novbr. 1904 gehaltenen Vortrag von Dr. **Otto Große**, Spezialarzt für Chirurgie der Harnwege, **München.**

Bis dat qui cito dat! — Das gilt auch von der Hülfe, die man von uns Ärzten gegen die verheerende Volksseuche der Geschlechtskrankheiten erwartet: schnelle und schnell wirkende Hülfe tut not. Und wo da vor Allem der Hebel anzusetzen ist, ergibt sich aus den einfachen Erwägungen, daß

1. überhaupt weit mehr Männer als Weiber geschlechtskrank sind,

2. erstere in viel größerer, auch relativ größerer, Zahl freiwillig zum Arzt kommen,

3. daß bereits bestehende Geschlechtskrankheiten beim Manne verhältnismäßig leichter zu heilen sind, — und

4. einer Neuinfektion in einfacherer und wirksamerer Weise vorzubeugen ist; daß schließlich

5. Männer über all' diese Fragen naturgemäß leichter zu unterrichten sind.

Ich sage also: Bei unsern männlichen Patienten müssen wir unser Werk beginnen, durch Belehrung über Wesen, Erscheinungen, Verbreitung und Gefahren der Geschlechtskrankheiten einerseits und durch dringende Empfehlung zuverlässiger Schutzmittel andererseits.

Hinsichtlich der Belehrung in der Sprechstunde erübrigen sich eingehende Erörterungen; sie vollzieht sich in zwangloser Rede und Gegenrede zwischen Arzt und Patienten. Die Fragen intelligenter Patienten zeigen uns am besten, welchen unklaren Vorstellungen wir entgegentreten müssen, und die schlimmen Erfahrungen, die der Kranke am eigenen Leibe gemacht hat, lassen ihn ganz von selbst zum aufmerksamen und willigen Hörer werden. Wenn wir ihn aber so über Alles, was er wissen will und wissen soll, aufgeklärt haben, so wird seine letzte und Hauptfrage doch immer wieder die sein: wie kann ich eine nochmalige Ansteckung vermeiden? — Die Antwort kann nur lauten: Gehen Sie der Gefahr aus dem Wege; ist Ihnen dies aber nicht möglich, so wenden Sie ein sicheres Schutzmittel gegen die

Ansteckung an. So erledigt sich m. E. der hüben und drüben mit scharfen Waffen geführte Streit, ob es „moralisch zulässig“ sei, solche Schutzmittel zu empfehlen. Der Letzte, der sich zu dieser Streitfrage in durchaus klarer und klärender Weise äußert, Carl Alexander[1]), sagt sehr richtig: „Eine Generation läßt sich nicht in einem Tage oder in einem Jahre so umbilden, daß sie in ihrer Gesamtheit das Prinzip der Keuschheit bis zur Ehe wahrt, während die schnell bekannt werdende Anwendung von Schutzmitteln bald viele Tausende vor den Folgen des außerehelichen Verkehrs bewahren kann“.

Von einem Schutzmittel ist nun selbstredend in erster Linie zu verlangen, daß dasselbe sicher, soweit dies nach dem heutigen Stande der Wissenschaft überhaupt möglich ist, gegen die Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten schützt, und zwar gegen alle Geschlechtskrankheiten, sowohl gegen Gonorrhoe als gegen Syphilis und Ulcus molle.

Die Forderung sicherer Wirkung begreift auch in sich, daß die anzuwendenden Substanzen, seien es Lösungen oder Mischungen, unbegrenzt haltbar sind.

Zweitens muß ein Schutzmittel unschädlich sein, d. h. es darf keinerlei Reizerscheinungen, Brennen oder dergl., hervorrufen.

Drittens ist peinlichste Sauberkeit erforderlich; jede Verunreinigung des Schutzmittels muß ausgeschlossen sein.

Viertens muß das Mittel in praktischer und handlicher Form geboten werden und darf

Fünftens nicht teuer sein.

Wir wollen nun die bisher angegebenen Prophylaktica darauf prüfen, wie weit sie diesen Forderungen entsprechen.

Was zunächst die Sicherheit des Schutzes gegen Ansteckung betrifft, so sind für die Beurteilung derselben in erster Linie natürlich exakte bakteriologische Versuche grundlegend, wie wir sie für die Gonorrhoe aus der Neißer'schen Klinik, speziell in den schönen Arbeiten von Schäffer[2]) und Steinschneider[3]) besitzen. Die Anordnung

[1]) C. Alexander: „Sexualhygiene, Frauenproteste und Libido sexualis.“ (Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene. 1904, Heft 4).

[2]) Schäffer: Über Desinfektionsversuche an Gonokokken. (Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft V. Kongreß, 1896).

[3]) Steinschneider und Schäffer: Über die Widerstandsfähigkeit der Gonokokken gegen Desinfizientien und andre schädigende Einflüsse. (Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft. IV. Kongreß 1894).

dieser Versuche wurde stets so getroffen, daß die natürlichen Verhältnisse möglichst genau nachgeahmt wurden, und wenn man sich auch nicht auf den einseitigen Standpunkt stellen wird, daß mit der Registrierung der Desinfektionskraft eines Mittels auch direkt sein therapeutischer Wert bestimmt ist, so entsprechen dennoch, wie Schäffer betont, die im Reagenzglas festzustellenden Zahlen den Erfolgen bei der praktischen Verwendung, und Vergleichwerte, welche bei derselben Versuchsanordnung gefunden werden, sind wertvolle Wegweiser für unser Vorgehen in der Praxis. Nachstehend gebe ich die von Schäffer nach seinen Versuchsergebnissen aufgestellte

Vergleichsweise Zusammenstellung der wirksamsten antigonorrhoïschen Medikamente.

Überimpfung nach	$2^1/_2$	5	$7^1/_2$	10	15. Min.
Arg. nitr. 1:4000	zahlreiche einz. Kol.	vereinz. Kol.	0	0	0
Argentamin 1:4000	vereinz. Kol.	0	0	0	0
Argonin $1^1/_2$ %	spärliche Kol.	sehr spärl. Kol.	0	0	0
Arg. nitr. 1:4000 mit 10 u. 20% Glycerin priss.	zahlreiche Kol.	vereinz. Kol.	0	0	0
Hydrarg. oxycyanat. 1:3000	0	0	0	0	0
Ammon sulfoichthyol 2%	zahlreiche Kol.	zahlreiche Kol.	vereinz. Kol.	0	0

Ergänzend füge ich einige, der Arbeit von Neißer[1]) und Scholz über Gonorrhoe entnommene Daten bei:

Protargol $^1/_4$%	—	ziemlich zahlr.	—	einz. Kol.	—
1%	—	spärlich	—	0	
Sublimat 1:1000	—	einige Kol.	—	1-2 Kol.	—
mit Kochsalz 1:10 1:2000		do		3-4 Kol.	
Zinc sulf 1:400	—	reichlich	—	reichlich	—

Die für Prophylaktica bisher zur Verwendung gelangten Mittel sind hauptsächlich Argentum nitricum, Protargol und neuestens Albargin.

[1]) Neißer und Scholz: Gonorrhoe. (Handbuch der pathogenen Mikroorganismen von Kolle und Wassermann. 13. u. 14. Lieferung. Jena 1903.)

So enthalten die Blokusewski'schen Apparate
Samariter I: 2% Arg. nitr. in wäßriger Lösung,
Samariter II: 20% Protargolglycerin,
Samariter III: 8% Albargin, 20% Glycerin und 3:1000 Hydrargyrum oxycyanatum,
Amicus: 10% Albargin und 20% Glycerin,
Sanitas: 8% Albargin und 15% Glycerin.

Das Prophylaktol von Frank[1]) besteht aus Albargin mit einem Zusatz von Hydrargyrum oxycyantum 1:4000; letzterer hat, ebenso wie bei dem Samariter III, den Zweck, „die Methode auch auf diejenigen Fälle von Urethralinfektion auszudehnen, in welchen es sich nicht um das Eindringen von Gonokokken, sondern von anderen Mikrobien handelt, die bekanntlich auch zuweilen die Ursache von Urethritiden werden können".

Bei den meisten anderen Apparaten kommt Protargol zur Verwendung, teils in wäßriger Lösung, auch mit Glycerinzusatz, wie bei Radal und Phallokos, teils in salbenartiger Konsistenz, in einer Mischung von Wasser, Glycerin und Gelatine, wie beim Viro, teils endlich in Fett (Vaselin etc.) verteilt, wie bei der Stekelschen Urethrophortube, bei dem Prophylakticum von Steinmetz und bei dem Talisman von Weil.

Die Wirksamkeit dieser chemischen Agentien ist — unter Voraussetzung frischer Zubereitung — ohne Weiteres zuzugeben, ja teilweise in Hunderten von Fällen erprobt. Zwar sagt Blokusewski[2]) bezüglich der beim Viro verwendeten Masse: „Solche pastöse Zubereitungen dringen auf keinen Fall so gut in die Falten der Harnröhrenschleimhaut, als wäßrige und — wenn sie auch infolge der Körperwärme ganz flüssig werden und wirklich überall hindringen sollten —, so liegt die Gefahr nahe, daß sie hierbei zugleich an ihrer Desinfektionskraft noch mehr einbüßen". Doch dürfte dies Urteil wohl nur eine Vermutung sein, der ein logisches Substrat und vor allen Dingen der Beweis fehlt. Nur die letztgenannten drei Mittel müssen a limine als unbrauchbar zurückgewiesen werden, da durch die Mischung mit Fetten, wie schon die bekannten Experimente Robert Kochs dartun, die Antiseptika an bakterientötender Kraft sehr starke Einbuße erleiden.

---

[1]) Frank: Zur Prophylaxe des Trippers. (Allgemeine medizinische Centralzeitung 1899, No. 5.)

[2]) Blokusewski: Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. (Dermatologisches Centralblatt VI. 1903, No. 6.)

Daß Schutzmittel von noch dichterer Konsistenz, wie z. B. die beinahe festen sog. Schutzperlen, die ebenfalls Protargol enthalten, nicht allein unsicher in der Wirkung, sondern leicht auch direkt gefährlich sind, hat bereits Blokusewski[1]) nachgewiesen.

Ein Prophylakticum soll nun aber nicht nur gegen Gonorrhoe, sondern auch gegen Syphilis und Ulcus molle Schutz gewähren, und in dieser Hinsicht verfügen wir leider nicht über so exakte wissenschaftliche Grundlagen für unsre Maßnahmen, wie bezüglich der Gonorrhoe. Den Ausgangspunkt für alles in diesem Punkt zu Leistende bildet die eine feststehende Tatsache, daß die Lues sowohl wie das Ulcus molle nur an einer verletzten Stelle, an einer, allerdings oft nur sehr unbedeutenden, Continuitätstrennung — z. B. der obersten Hautschicht — vom Kranken auf das gesunde Individuum übertragen werden. Um einer solchen etwa vorhandenen Continuitätstrennung eine Deckung, eine Art Überzug zu geben und um andrerseits dem Entstehen von Einrissen, Schrunden und dergl. vorzubeugen, hat Neißer[2]) empfohlen, das Glied vor dem coïtus einzufetten. Die Einreibungen mit grauer Salbe, die von Behrmann[3]) und danach von Richter[4]), der die graue Salbe zugleich auch als Prophylakticum gegen Gonorrhe ansprach und eigens „prophylaktische Kerzen" zur Einführung in die Harnröhre daraus herstellen ließ, vorgeschlagen wurden, sind mit Recht jetzt vollkommen verlassen, da sie in vielen Fällen heftige Reizerscheinungen, Ödeme, selbst Herpeseruptionen hervorriefen, die dann ihrerseits eine syphilitische Infektion begünstigten oder sogar erst ermöglichten. Loeb[5]), der derartige Beobachtungen mitteilt, konstatiert demgegenüber die Unschädlichkeit der einfachen Einfettung, trotz welcher er allerdings auch unter mehr als hundert Fällen einen sicheren Fall von luetischer Infektion zu verzeichnen hatte. Genauere statistische Angaben zu dieser Frage liegen meines Wissens bisher nicht vor; jedenfalls müssen wir sagen, daß die Einfettung z. Z. das einzige und auch ziemlich sichere Mittel gegen die Ansteckung mit Syphilis und Ulcus molle darstellt.

---

[1]) l. c.

[2]) Neißer: Über Versuche zur Verhütung der gonorrhoischen Urethralinfektion. (Deutsche Medizinalzeitung 1895, No. 69.)

[3]) Behrmann: Dermatologisches Centralblatt 1900, Heft 6.

[4]) Richter: Zur Prophylaxe der geschlechtlichen Krankheiten. (Dermatologisches Centralblatt 1902, Heft 5 und 6.)

[5]) Loeb: Ein statistischer Beitrag zur Prophylaxe der geschlechtlichen Krankheiten. (Dermatologisches Centralblatt 1902, Heft 11.)

Es sind daher neuestens den meisten der oben angeführten Apparate Fette, Seifen oder „Crêmes“ in irgend einer Form — auf die Form als solche werde ich noch zurückkommen — beigegeben worden, wodurch sie erst zu wirklich rationellen Schutzmitteln vervollständigt werden, während die übrigen, Phallokos, Radal, „Schutzperlen“, auf diese Bezeichnung keinen Anspruch haben. — Nur in einem Ausnahmefalle könnte man mit scheinbarem Rechte ein nur gegen Gonorrhoe wirksames Prophylakticum als vollwertig gelten lassen, nämlich für den Gebrauch desjenigen, der bereits eine Lues durchgemacht hat und somit nach der fast allgemein gültigen Auffassung gegen eine Neuinfektion immun ist. Dementsprechend gibt Blokusewski zu allen seinen Apparaten eine zweifache Gebrauchsanweisung: „a) für den, der Syphilis noch nicht gehabt hat, b) für den, der Syphilis bereits gehabt hat“. Für letzteren erklärt er die antigonorrhoische Einträufelung allein als ausreichend. Ich halte diesen Standpunkt für durchaus unberechtigt, denn abgesehen davon, daß durch solche Vorschriften in die möglichst klar und präzis zu gebende Gebrauchsanweisung nur Verwirrung hereingetragen wird, ist es meines Erachtens 1. auch für den Syphilitiker nicht angezeigt, sich leichtsinnig der Infektion mit Ulcus molle, gegen die er doch nicht immun ist, auszusetzen, selbst wenn diese Erkrankung auch in der Regel verhältnismäßig harmlos verläuft, und 2. erfordert die Rücksicht auf das allgemeine Wohl dringend, daß ein Syphilitiker nicht nur darauf bedacht ist, seine eigene Person vor weiterem Schaden zu bewahren, sondern daß er auch nach Möglichkeit einer Übertragung seiner Krankheit auf andre, gesunde Individuen vorbeugt.

Die Einfettung resp. der dadurch erzeugte Fettüberzug soll und kann also auf diese Weise nach beiden Seiten hin schützend wirken. Daß diese Schutzwirkung auf ganz rein mechanischen Verhältnissen beruht und von irgendwelcher spezifisch antiluetischen Kraft irgend eines Fettes nicht die Rede sein kann, liegt auf der Hand. Dem Fett Antiseptika, wie vielfach üblich, zuzusetzen, halte ich für vollkommen überflüssig, zumal dieselben, wie bereits erwähnt, durch die Mischung mit Fett ihrer Wirksamkeit größtenteils verlustig gehen. Selbstverständlich wird man ein Fett wählen, welches sich nicht zersetzen kann. Auf die Zusammensetzung der verschiedenen Crêmes etc., zu welchen Lanolin, Wachs, Seife und Anderes verwendet werden, im Einzelnen einzugehen, erübrigt sich.

Während nun die Mehrzahl der Schutzmittel aus zwei ganz ver-

schiedenen Komponenten, einem antigonorrhoischen und einem antiluetischen Agens, sich zusammensetzen, sind 2 Prophylaktica angegeben, bei denen ein und dieselbe Substanz als wirksam gegen Gonorrhoe und Lues proklamiert wird: der „Protektor" von Feibes[1]) und das Richter'sche[2]) „Schutzbesteck". Ersterer, eine große Zinntube, enthält salicylsaures Quecksilber „in einem schleimigen Vehikel gelöst", der Inhalt des Schutzbestecks besteht in einem Stück Byrolinseife, einer weißen Gelatinetube mit Borsäure, Talcum und Zinkoxyd und einer roten Tube, welche „Salbengrundlage, Vaselin, Paraffin usw. und $^1/_2$ pro mille Sublimat, desgleichen Salicyl-Hydrargyrum und Hydrargyrum succinimidatum sowie kleinere Dosen von Hydrargyrum vivum und Resorcin" enthält. Von vornherein muß es als eine, wenn ich so sagen darf, medizinisch-technische Unmöglichkeit erscheinen, 2 resp. 3 so differente Krankheiten, deren Übertragung in so durchaus verschiedener Art — hier nur von einer verletzten Stelle aus, dort auf intakter Schleimhaut — zu Stande kommt, durch Anwendung eines Mittels, mag dasselbe aus noch so vielen Ingredientien bestehen, verhüten zu wollen, denn befindet sich das Mittel in wäßriger oder schleimiger Lösung, so wird es nach den obigen Ausführungen zwar vielleicht gegen Gonokokken, nicht aber gegen das luetische Virus Schutz gewähren; ist es hingegen mit Fetten vermischt, so wird seine baktericide Kraft beeinträchtigt und es gegen Gonokokken unwirksam sein. Es würde also das Urteil, daß diese beiden Prophylaktica nur „am grünen Tisch" ausgeklügelt seien, nahe liegen, wenn nicht die Autoren eine ganze Reihe von Versuchen, sogar Selbstversuchen, für die Wirksamkeit ihrer Mittel beibrächten. Daß derartige Versuche, zumal die auf Übertragung der Syphilis — deren eigentliches Wesen uns ja heute immer noch unbekannt ist — gerichteten, großen Schwierigkeiten begegnen, daß da manche offenkundige und manche vielleicht jetzt garnicht wahrnehmbare Fehlerquelle kaum zu umgehen ist, bedarf des Hinweises nicht. Abgesehen hiervon aber, geht Richter auch in Verfolg seiner prophylaktischen Intentionen entschieden über das „primum non nocere" hinaus, was schon allein der folgende Passus seiner Instruktion erkennen lassen dürfte: „Um das Desinfiziens der roten Tube, der Entzündungstube, besser in die Urethra zu bringen, sind derselben zwei

[1]) Feibes: Zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten. (Die Krankenpflege, II, 1902/3, Heft 6.)

[2]) Richter: Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. (Dermatologisches Centralblatt VII, 1903/4, Heft 3 und 4.)

keine Glasansätze beigegeben, durch die eine Injektion der Desinfektionsmasse leicht, reinlich und reichlich, z. B. bis zum Bulbus urethrae, sich erreichen läßt. Ist die Salbe lawinenartig in die Urethra eingedrungen, so ist sie so adhärent, daß sie noch am nächsten Tage in der Urethra nachgewiesen werden kann". Zu einer Nachprüfung der Richterschen Versuche wird sich wohl — solange es noch Schutzmittel gibt, die nützen ohne zu schaden — kaum jemand verstehen, der den Schlußsatz der Richterschen Arbeit gelesen hat: „— so rate ich, analog der Cohabitation, die Impfung höchstens bis in die Fossa navicularis zu bringen; bei sehr stürmischem Verlauf empfehle ich kalte Kompressen auf den Damm, beziehentlich einfach den vorderen Hemdenteil kalt feucht zu machen, dies noch, um alles das anzuraten, was auch ich bei der Impfung gemacht habe". — Um spätere Wiederholung zu vermeiden, möchte ich gleich hier erwähnen, daß dem vielgestaltigen Inhalt des Bestecks natürlich auch eine höchst umständliche (laut Gebrauchsanweisung in fünf einzelnen Akten sich vollziehende) Anwendung entspricht (die ganzen Manipulationen sollen außerdem noch merkwürdiger Weise alle post coïtum vorgenommen werden) und meine Ansicht dahin äußern, daß man so komplizierte und tiefeingreifende Prozeduren doch ohne Not niemandem zumuten sollte. — Auf den „Protektor" komme ich weiterhin noch zurück.

Wenn nun aber auch, was es zunächst festzustellen galt, ein Prophylakticum, das frisch vorschriftsmäßig hergestellt ist, durchaus geeignet ist, seine Bestimmung zu erfüllen, so ist doch eine zweite, praktisch weit wichtigere Frage die: hat es dieselbe sicher prophylaktische Kraft auch im Augenblick der Anwendung? Die Zeitdauer, die zwischen Fabrikation und Anwendung liegt, wird sich nie mit Gewißheit oder auch nur annähernd vorausbestimmen lassen, und daraus folgt die unabweisbare Forderung unbegrenzter Haltbarkeit, da der Abnehmer nicht der Gefahr ausgesetzt sein darf, ein infolge von Austrocknung oder Zersetzung völlig oder teilweis unbrauchbar gewordenes Etwas zu verwenden. — Ich verlangte kürzlich in einer hiesigen großen Apotheke Blokusewskis Tropfkelche „Sanitas". Bei Öffnen des Kartons zeigte sich, daß der Inhalt der sämtlichen 6 kleinen Glaskelche eingetrocknet war; nur in dem engen Halsteil derselben saß ein minimaler ganz eingedickter Tropfen, der natürlich auch nach vorschriftsmäßiger Entfernung der beiden Wachsverschlüsse weder vor — noch rückwärts zu bewegen war. 3 Tage später erhielt ich in einer anderen Apotheke auf Nachfrage nach demselben Apparat einen Karton, in dem sich

vier vollkommen ausgetrocknete Kelche befanden; in 2 Kelchen war noch eine Spur gänzlich eingedickter Flüssigkeit. Hätte ich meine Nachfragen fortgesetzt, so würde ich zweifellos noch weit mehr derartig unbrauchbarer Apparate angetroffen haben, denn eigentlich ist ja eine solche Austrocknung wäßriger Lösungen (mit oder ohne Glycerinzusatz), da es sich immer nur um sehr geringe Flüssigkeitsmengen handelt, nur ganz natürlich, und meine eignen Versuche zu Herstellung eines Schutzmittels, die ich mit flüssigkeitgefüllten Glasröhrchen begann, haben mich immer wieder diese Form als unverwendbar erkennen lassen.

Und wenn schon kein völliges Austrocknen der Lösung eintritt, so muß doch die stete Verdunstung von Wasser den Konzentrationsgrad fortwährend ändern und somit eine richtige Dosierung unmöglich machen.

Überhaupt bieten für eine Konstanz der Lösungen grade die bisher fast ausschließlich zur Anwendung gelangten Silberverbindungen die allerwenigsten Garantieen, da überaus leichte Zersetzlichkeit ihr hervorstechendes chemisches Merkmal ist. Vom Argentum nitricum ist dies jedem Kandidaten der Medizin bekannt. Betreffs des Protargol macht die dasselbe produzierende Elberfelder Farbenfabrik eigens darauf aufmerksam, daß jede Protargollösung stets frisch bereitet werden soll, da sich beim Stehen allmählich unter Auftreten dunkelbrauner Färbung eine Zersetzung vollzieht. Letztere Tatsache wurde, wie Schulze[1]) berichtet, auch an zwei, dem freien Handel entnommenen Blokusewskischen Tropfapparaten im chemischen Laboratorium von Dr. Mayer-Berlin nachgewiesen; es fand sich eine erhebliche Verminderung des Silbergehaltes. Auch der Gelatinezusatz zur Protargolglycerinlösung beim Viro kann nicht verhindern, daß sich dieselbe zersetzt; „bei den Virotuben", sagt Blokusewski[2]), ist dieses sogar durch die Aufrechtschen Versuche bei Feibes[3]) festgestellt, weil die Wirkung nicht der 20% Protargollösung entspricht, da es die Gonokokken erst nach 2 Minuten tötete".

Das neuerdings verwendete Albargin ist ebenfalls nicht frei von

---

[1]) Schulze: Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, speziell des Trippers. (Deutsche medizinische Wochenschrift 1902, No. 45.)

[2]) Blokusewski: Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. (Dermatologisches Centralblattt VII, 1903, Heft 1.)

[3]) Feibes: Zur Verhütung der Geschlechtskranhheiten. (Die Krankenpflege 1902 03, Heft 6.)

dieser unangenehmen Eigenschaft aller Silbersalze, und Blokusewski rechnet damit, wie aus der den Sanitas-Oliven beigegebenen Gebrauchsanweisung hervorgeht, in der es heißt: „Die Olive ist absichtlich aus hellem Glase gefertigt, um sich von der Unversehrtheit des Inhaltes beim Einkauf selbst überzeugen zu können; indessen schütze man die Olive vor greller Beleuchtung".

Es sind demnach vom Standpunkte der zu fordernden unbedingten Sicherheit als unbrauchbar auszuscheiden:

1. alle Schutzmittel, die nicht sowohl gegen Gonorrhoe als gegen Syphilis und weichen Schanker Schutz gewähren,

ferner, was die Gonorrhoevorbeugung anlangt,

2. die Prophylaktica, die das wirksame Agens gegen Gonorrhoe in Fett verteilt enthalten,

3. diejenigen, die es in wäßriger Lösung (mit oder ohne Glycerinzusatz) enthalten, und

4. die aus Silbersalzen bestehenden Gonorrhoeprophylaktica.

Auch der zweiten aufgestellten Forderung, daß die Schutzmittel unschädlich seien, entsprechen die aus Silbersalzen bestehenden durchaus nicht. So sagt Schulze: „An die von Blokusewski gerühmte Reizlosigkeit der Silbersalpeterlösung möchte ich nicht glauben; schon Neißer hat 1895 dagegen Bedenken erhoben, Frank hat darauf einen Fall von Reizurethritis infolge 20%iger Argentum nitricum-Lösung mitgeteilt. Auch ich habe kürzlich eine solche Harnröhrenentzündung in Behandlung bekommen". Betreffs der Protargolwirkung zitiere ich Feibes[1]): „Der von verschiedenen Autoren aufgestellten Behauptung, daß die 20%ige Protargolglycerinlösung in der Form einer Einträufelung nur ein ganz unbedeutendes Prickeln hervorrufe, kann ich nicht beipflichten, da diese nicht allein von mir, sondern auch von vielen meiner Klienten als stark reizend empfunden wurden".

Meine eigenen Beobachtungen stimmen hiermit vollkommen überein. Vom Albargin behauptet Bornemann, daß es nicht im Geringsten reizend wirke; weitere Erfahrungen blieben abzuwarten.

Die dritte Forderung: tadellose Sauberkeit wird nach dem Vorgange von Frank[2]) am einfachsten und gründlichsten dadurch erfüllt, daß je eine Dosis des Prophylaktikums immer nur zu einmaligem Gebrauche bestimmt ist, denn bei öfterer Verwendung ist eine Verun-

---

[1]) l. c.
[2]) l. c.

reinigung auf keine Weise auszuschließen. Bei den Apparaten, bei welchen der zur Einführung in die Harnröhre bestimmte Teil wieder in die Lösung hineingebracht und darin aufbewahrt wird, ist die Verunreinigung des ganzen Apparates natürlich direkt gegeben, so bei Radal, Phallokos und Amicus. Bei den andern, zu mehrmaligem Gebrauch bestimmten, deren Spitze oder Ansatz jedesmal in die Urethralmündung eingeführt wird, bei Samariter I, II und III sowie beim Protektor, ist die absolute Reinhaltung dieser Spitze ein Ding der Unmöglichkeit; außerdem wird bei den mit Flüssigkeit gefüllten infolge der unvermeidlichen Aspiration von Sperma, Schleim etc. auch die Lösung selbst total verunreinigt. Alle diese Apparate sind somit vom hygienischen Standpunkt zu verwerfen.

Nebenbei wird es in puncto Reinlichkeit gewiß angenehm empfunden werden, wenn die gebrauchten Substanzen nicht etwa schwer zu beseitigende Flecke in der Wäsche zurücklassen, — ein Vorzug, den man den Silbersalzen wiederum nicht nachrühmen kann.

Viertens muß ein Prophylakticum praktisch und handlich sein. Es muß bequem in der Tasche mitzutragen und selbst für den weniger Intelligenten und den manuell Ungeschickten einfach anzuwenden, — mit einem Worte: technisch vollkommen sein.

Die antiluetischen Prophylaktica entsprechen dieser Anforderung bei allen Apparaten durchweg, denn sie werden meist in der einfachsten und handlichsten Form, in Tuben, geboten. Nur sollte auch hierbei im Interesse größtmöglicher Sauberkeit dem Frankschen Postulat nur einmaliger Verwendung Rechnung getragen werden.

Schwieriger liegen die technischen Verhältnisse für die Prophylaxe der Gonorrhoe. Da dieselbe wesentlich in einer Einspritzung (resp. Einträufelung) besteht, so ist die naturgemäße Grundform der betreffenden Apparate in der Spritze gegeben. Direkt der Spritzenform bedient sich Frank für sein Prophylaktol. Die kleine, mit Albarginlösung gefüllte Glasspritze ist an der Spitze mit Lack verschlossen. Der Stempel wird durch einen Korkstöpsel gebildet, der beim Gebrauch durch ein beigegebenes Glasstäbchen herabgedrückt werden soll, nachdem der Lackverschluß durch Abkratzen entfernt ist. Letztere Schwierigkeit in Verbindung mit der ungleichmäßigen Funktion des Korkstempels „bedingen", — ich schließe mich hier dem Urteil von Schulze[1]) an — „nicht die für einen derartigen Apparat unbedingt notwendige Handlichkeit und Schnelligkeit der Manipulationen".

[1]) l. c.

Als der Spritzenform nahestehend sind die Blokusewski'schen Tropfapparate „Samariter" zu bezeichnen, während dem Amicus das Prinzip der Pipette zu Grunde liegt, ebenso wie dem Phallokos. Allen diesen Apparaten haftet der technische Mangel eines unvollkommenen Verschlusses an, da sich ein zuverlässig luftdichter Abschluß durch Gummi auf Glas ohne Anwendung starken Druckes nicht erzielen läßt. Die Folge hiervon ist die schon oben besprochene Verdunstung bezw. Zersetzung der betreffenden Lösungen. Daß Blokusewski in seinen neuerdings konstruierten, den hygienischen Anforderungen mehr angepaßten Sanitas-Kelchen durch einen oben und unten angebrachten Wachsverschluß den gleichen Mangel nicht hat vermeiden können, beweisen die bereits mitgeteilten Tatsachen. Allerneuestens ist nun „die Kelchform des Tropfapparates in eine handlichere Form — und zwar in eine Olive — umgeändert worden", eine bohnengroße Glasperle, die nach oben und unten in je einen rundlichen Ansatz ausläuft, die beide in genau gleicher Weise, wie bei den Kelchen mit einer Wachskappe überzogen sind: — gleiche Kappen, gleiche Übelstände! Und würde selbst durch das auf die Öffnungen geklebte Wachs ein regulärer Verschluß bewirkt, so bleibt dennoch die Handhabung dieser Apparate eine viel zu komplizierte, denn — ganz abgesehen von dem umständlichen Abkratzen der beiden Wachsverschlüsse — mit den physikalischen Gesetzen des Hebers dürfte wohl nur der Gebildete vertraut sein; dem Ungebildeten, aber auch dem nur einigermaßen Ungeschickten, wird es trotz aller Gebrauchsanweisungen passieren, daß er den einen Wachsverschluß entfernt, ohne die andre Öffnung zuzuhalten, und dann gelangt der Inhalt, falls sich derselbe überhaupt in flüssigem Zustande befindet, natürlich niemals in die Harnröhre. Eine wirklich sichere Aufbewahrung so kleiner Quantitäten von wäßrigen, zersetzlichen Lösungen in gläsernen Behältnissen würde sich einzig und allein durch Zuschmelzen der letzteren ermöglichen lassen, wie dies z. B. für die Aufbewahrung von Amylnitrit und anderen Medikamenten üblich ist. Durch das Abbrechen des zugeschmolzenen Endes vor dem Gebrauch würden dann aber scharfe Ränder entstehen, welche die Beigabe besonderer Ansatzstücke zur Einführung in die Urethra erheischen würden, — kurz, das Resultat wäre wiederum eine höchst komplizierte, also unhandliche Konstruktion, und somit ist meines Erachtens die Idee, wäßrige Lösungen in gläsernen Behältnissen für Prophylaktica zu verwenden, ein für alle mal als technisch undurchführbar aufzugeben. — Darum bedeutet die beim Viro zum ersten Mal ge-

wählte Anwendung der Zinntube einen Schritt vorwärts. Die kleinen, mit einem abgerundeten Ansatzstück versehenen, antigonorrhoischen Tuben des Viro, deren jede nur zu einmaligem Gebrauche bestimmt ist, sind sehr einfach in der Anwendung und besonders handlich noch dadurch, daß jeder Verschluß scheinbar fehlt, also die Manipulationen des Öffnens der Tube in Wegfall kommen. Aber hier liegt zugleich auch der Fehler: es wird angegeben, daß der Verschluß durch ein Gelatinehäutchen gebildet werde; wenn es nun schon kaum recht möglich erscheinen will, einen solch subtilen Verschluß in stets verläßlicher Qualität herzustellen, so ließ mich tatsächlich auch der Augenschein bei drei von den sechs Tuben eines Virobesteckes ein völliges Fehlen dieses Verschlusses konstatieren. Es dürfte somit der Tubeninhalt — wie wir oben sahen 20% Protargolglyceringelatine — sehr leicht der Zersetzung, die ja auch direkt nachgewiesen wurde, oder der Eintrocknung exponiert sein. Bei der Fabrikation ergibt sich von vornherein schon die Schwierigkeit, einer Zersetzung des Protargol an den Zinnwänden der Tube vorzubeugen; in sinnreicher Weise wird dies durch Einhüllung der Schutzmasse in Ceresinpapier erreicht, — ein die Herstellungsarbeit immerhin unliebsam komplizierendes Moment.

Die Art und Weise schließlich, in welcher die beiden Schutzkörper je eines Apparates zu einem Ganzen vereinigt oder vielmehr nicht vereinigt sind, ist durchweg keine sehr praktische. Bei Samariter und Amicus ist die Tube mit „Wachswaschseifencreme" direkt an die Tropfapparate angeschraubt; bei den übrigen Propylakticis sind die verschiedenen Bestandteile in mehr oder minder großen Schachteln etc. auf unzweckmäßige Art zusammengepackt, sodaß man dem, ursprünglich auf Viro bezüglichen Ausspruch von Feibes beistimmen muß: „Es ist eine mißliche Sache, Jemandem anzuraten, ein ganzes Arsenal von Schutzmitteln mit sich herumzutragen".

Daß sich außerdem durch solche besonderen Verpackungen, „Ausstattung" genannt, die ohnehin nicht niedrigen Preise noch erhöhen, versteht sich von selbst. Wenn aber von unseren Schutzmitteln das billigste um 1,50 Mk. (die andern kosten 2, 3 und das Richtersche 4 Mk.) verkauft wird, so ist, selbst wenn auch ein solches Schutzmittel für mehrmaligen Gebrauch eingerichtet ist, auf eine Massenverbreitung, die allein durchgreifende Erfolge zeitigen kann, nicht zu rechnen.

Alles in Allem sehen wir also, daß bisher weder in wissenschaftlicher noch in technischer Hinsicht etwas voll Befriedigendes erreicht ist;

wir brauchen Schutzmitttel, die haltbarer, leichter herzustellen, leichter zu handhaben und — leichter zu bezahlen sind. Alle diese Desiderate weisen, mit den obigen technischen Erörterungen zusammengehalten, auf die ausschließliche Verwendung der Tubenform hin, deren Gebrauch ja auch für vielerlei praktische Bedürfnisse des täglichen Lebens immer mehr an Terrain gewinnt, sodaß ihre höchst einfache Handhabung eo ipso Jedermann bekannt und geläufig ist. Blokusewski spricht sich allerdings wiederholt über „die geringere Sicherheit der Tuben" aus, doch möchte ich dem entgegenhalten, daß es entschieden wichtiger und richtiger ist, eine Tube mit unzersetzlichem Inhalt zu konstruieren, bei der die Notwendigkeit, letzteren erst auf seine Beschaffenheit zu prüfen, fortfällt, als ein gläsernes Behältnis zu wählen, bei dem man zwar die Möglichkeit solcher Prüfung hat, aber gewärtig sein muß, so und so oft zersetzte oder eingetrocknete Lösungen zu finden.

Handelt es sich nun weiter um die Frage: was sollen wir an die Stelle der schwer haltbaren Silberverbindungen setzen? und sehen wir daraufhin noch einmal die Schäffer'sche „vergleichsweise Zusammenstellung der wirksamsten antigonorrhoischen Medikamente" an, so finden wir unter denselben ein überhaupt unzersetzliches Mittel von hervorragend starker gonokokkizider Kraft, das Hydrargyrum oxycyanatum. Schäffer bemerkt hierzu noch eigens: „Von andren, neuerdings geprüften Mitteln sei nur das Hydrargyrum oxycyanatum erwähnt, das sich als sehr wirksames, die Silbersalze noch überragendes Desinfiziens zeigte; es tötete in einer Konzentration von 1:3000 die Gonokokken schneller, als die übrigen in Betracht kommenden Medikamente, während es nach den bisherigen Erfahrungen in der Mehrzahl der Fälle noch in etwas stärkerer Konzentration vertragen wurde".

In letzterer Hinsicht habe ich nun weitergehende Versuche angestellt. Nachdem ich an mir selbst die Reizlosigkeit und Unschädlichkeit einer Lösung von Hydrargyrum oxycyanatum 1:1000 und sogar 1:500 für die Harnröhre konstatiert hatte, machte ich in einer großen Reihe von Fällen Patienten, meistenteils sogar ohne daß sie es wußten, Injektionen einiger Tropfen von 1% iger Lösung in die Fossa navicularis und den Anfangsteil der Harnröhre. Bei dieser Konzentration wurden niemals irgendwelche Reizerscheinungen oder auch nur unangenehme Sensationen beobachtet. Nebenbei bemerkt, habe ich mit ausgezeichnetem Erfolg die gleiche Lösung dann auch zur Behandlung der Urethritis posterior, zu Injektionen in die hintere Harnröhre

benutzt, worüber ich an andrer Stelle zu berichten denke. Indem ich nun allmählich zu immer stärkeren Lösungen überging, konnte ich feststellen, daß solche bis zur Konzentration von 1:500 ausnahmslos gut vertragen wurden. Bei Verwendung dieser Konzentration traten bei zwei Patienten leichte, vorübergehende Reizerscheinungen, Brennen und Rötung in der Fossa navicularis auf. Demnach sind Lösungen von 1:1000, also dreimal so stark, als sie den Schäffer'schen Untersuchungen zu Grunde gelegt wurden, die den für die Gonorrhoe-Prophylaxe zu stellenden Anforderungen vollauf entsprechen dürften, als völlig reizlos zu bezeichnen.

Außer dieser, übrigens auch schon von Kopp[1]) und Schlösser hervorgehobenen Reizlosigkeit hat das Hydrargyrum oxycyanatum gegenüber den Silbersalzen noch einen wesentlichen Vorzug: Da seine Wirkung sich nicht spezifisch auf die Gonokokken beschränkt, sich vielmehr auch auf alle anderen Bakterien erstreckt, so bietet es zugleich auch gegen die nichtgonorrhoische Urethritis Schutz. — Schließlich ist darauf hinzuweisen, daß dem Hydrargyrum oxycyanatum bei seiner desinfizierenden Wirkung ein grade für unsre Zwecke außerordentlich wichtiges Adjuvans zur Seite steht, seine Eigenschaft Eiweiß und eiweißhaltige Substanzen nicht zu coagulieren.

Die Unzersetzlichkeit der Lösungen, selbst in Berührung mit Metallen, ist heutzutage, wo das Hydrargyrum oxycyanatum in der Chirurgie, hauptsächlich wegen seiner Eigenschaft, die Instrumente nicht anzugreifen, das Sublimat fast verdrängt hat, allgemein bekannt. Auch bei der Berührung mit Zinn tritt, wie ich mich durch eigens angestellte Versuche überzeugte, weder eine Dekomposition der Lösung, noch eine Veränderung des Zinns ein. Ich legte leere Zinntuben 6 und 8 Wochen lang in eine $1^0/_{00}$ige, dann in eine $2^0/_{00}$ige Lösung von Hydrargyrum oxycyanatum; bei Herausnahme der Tuben erwiesen sich sowohl diese als die Lösung vollkommen intakt.

Auf Grund aller dieser Erwägungen und Beobachtungen habe ich nun ein Gonorrhoeprophylakticum konstruiert, mit dem ich selbstverständlich ein Prophylakticum gegen Syphilis und Ulcus molle kombinierte.

Dieses neue Schutzmittel gegen geschlechtliche Ansteckung, im Gegensatz zu einem, wie es scheint, schon eingebürgerten Brauch, mit

[1]) Kopp: Über neuere Mittel und Methoden zur Therapie und Prophylaxe der Gonorrhoe des Mannes. (Münchener medizinische Wochenschrift 1899, No. 31.)

einem deutschen Namen „Selbstschutz“ [1] [2]) benannt, besteht also aus folgenden zwei Teilen:

1. einer ca. 3 cm. langen, kaum bleistiftstarken Tube mit weißem Verschluß, die das antigonorrhoische Prophylakticum: Hydrargyrum oxycyanatum 1:1000, enthält,

2. einer etwa ebensogroßen Tube mit rotem Verschluß und dem antiluetischen, ebenfalls unzersetzlichen Fettgemisch, Lanolin und Vaselin ohne einen, wie dargetan, irrationellen und überflüssigen antiseptischen Zusatz, als Inhalt.

Während in technischer Hinsicht über die zweite Tube, die von ganz gewöhnlicher Beschaffenheit und nur zu besserer Unterscheidung mit einem roten Deckel versehen ist, nichts weiter zu bemerken bleibt, bereitete die Konstruktion der Spritztube ganz erhebliche Schwierigkeiten, die ich jedoch in dem nebenstehend abgebildeten Modell als glücklich gelöst betrachte. Die Abbildung, welche die beiden Tuben und ihre Vereinigung zu einem Ganzen darstellt, entspricht etwa der Hälfte der natürlichen Größe. Der Ansatz der Tube ist in eine kegelförmige, oben glatt abgerundete Spitze ausgezogen, die sich — zur Vermeidung zu tiefer Einführung in die Harnröhre — gegen den Körper der Tube stufenförmig absetzt. Um jede Verletzung der Harnröhre auszuschließen, ist die Verschraubung des — wie oben nachgewiesen, unentbehrlichen — Verschlusses in das Innere der Spitze verlegt, und zwar geschieht die Verschraubung nicht in einem präformierten Gewinde, sondern die kleine, dem Verschluß dienende, stählerne Schraube schneidet sich beim Hineindrehen die Schraubengänge erst selbst in das weiche Zinn hinein. Daß auf diese Art ein viel dichterer Verschluß erreicht wird, ist klar.

Gleichwohl ist es natürlich unmöglich, in einer Tube dünnflüssige Lösung aufzubewahren, und so wurde die beim Viro und vorher schon bei andern, in Tubenform gelieferten Medikamenten, z. B. bei dem altbekannten englischen Honey-Jelly, bewährte Zubereitung der Schutzmasse mit Wasser, Glycerin und Gelatine auch hier gewählt.[3]) Daß

[1]) „Selbstschutz“ wird hergestellt von der Adler-Apotheke, München, Sendlinger Straße 13.

[2]) Nachtrag: Der patentamtliche Schutz für die Bezeichnung „Selbstschutz“ wurde abgelehnt; ich habe daher — in Ermangelung eines Besseren — die Benennung „Schütze Dich“ gewählt.

[3]) Auf gütiges Anraten des Herrn Geheimrat Neisser sind zu noch

ich die theoretischen Bedenken Blokusewskis betreffs dieser pastösen Masse nicht teilen kann, habe ich bereits erwähnt; es ist durchaus nicht einzusehen, warum diese nicht desinfizierend in alle Schleimhautfalten dringen sollte, da ja schon einen Moment nach der Einführung in die Harnröhre eine ganz wie Wasser flüssige Lösung in derselben wirkt und der Zusatz einer so indifferenten Substanz wie Gelatine unmöglich die Desinfektion irgendwie alterieren kann. — Der für die Wirksamkeit gleichfalls irrelevante Zusatz von Glycerinum purissimum verursacht ein ganz leichtes, schnell vorübergehendes Brennen in der Harnröhre, — ein als Testimonium erfolgter Einwirkung für den Anwendenden vielleicht nicht unerwünschter Umstand.

Was nun schließlich die Verbindung dieser beiden Tuben miteinander anlangt, so habe ich von einer ursprünglich intendierten festen Vereinigung, die sich übrigens auch technisch als schwer ausführbar erwies, abgesehen, zumal da die Tuben ja auch getrennt zur Anwendung gelangen, und bin zur denkbar einfachsten Form gekommen, indem ich die beiden longitudinal aneinandergelegten Tuben durch einen mehrfach herumgewickelten Papierstreifen, dem auf der einen Seite die Gebrauchsanweisung, auf der andern eine kurze Information über Geschlechtskrankheiten und deren Verhütung, Warnung vor Kurpfuschern etc., — also eine Art Merkblatt — aufgedruckt ist, zu einem handlichen, bequem in der Westentasche mitzutragenden Ganzen verbinde. Eine dislocatio ad axin oder ad longitudinem der eingewickelten Tuben wird durch die Länge des Papierstreifens, der zusammengerollt eine ganz feste Hülse bildet, vermieden.

Die Gebrauchsanweisung ist höchst einfach: vor dem Coitus Einfetten der Glans, des Präputium und des Penis mit dem Inhalt der roten Tube, nach dem Coitus Injektion aus der weißen Tube, die ca. 1 Minute einwirken soll; mit dem Rest Bestreichen der Taschen am Frenulum. Schließlich Waschung.

Daß der ganze Apparat nur zu einmaligem Gebrauch bestimmt ist, versteht sich von selbst. Dem entspricht auch der billige Preis von 30 Pfennigen, der sich voraussichtlich späterhin noch herabsetzen lassen wird.

Ich glaube somit, daß der kleine Apparat „Selbstschutz", aus

---

größerer Sicherstellung der gonokokkiciden Kraft des Präparates (vergl. oben) bakteriologische Prüfungen desselben vorgenommen worden. Da diese noch nicht zum Abschlusse gelangt sind, behalte ich mir vor, über ihre Ergebnisse in einem Nachtrage zu berichten.

der Idee heraus, daß in der Praxis stets das Einfachste das Beste sei, konstruiert, allen an ein Prophylakticum zu stellenden Anforderungen, soweit sie heute überhaupt erfüllbar sind, entspricht, und hoffe, damit einen kleinen Teil zu dem großen Werke, an dem wir schaffen, beigetragen zu haben.

Wenn ich vorher sagte, daß wir den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in unsrer Sprechstunde, durch Belehrung, durch Empfehlung von Schutzmitteln beginnen sollen, so wollen wir über diesem Vorpostengefecht, wenn ich es so nennen darf, nicht die großen, leitenden Gesichtspunkte für diesen Kampf aus dem Auge verlieren: die reformatorischen Bestrebungen zur Assanierung der Prostitution, zur Schaffung beßrer Wohnungs- und beßrer Erwerbsverhältnisse und — noch weiter ausschauend — zur Ausmerzung verrotteter, spießbürgerlicher Anschauungen, zur Erziehung einer neuen Generation in einer freieren, reineren, von naturwissenschaftlichem Geist getragenen Lebensauffassung! — Nur so werden wir in unserm Kampfe siegen.

Epilog zum zweiten Kongress der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten am 17. u. 18. März in München.

Von Privatdozent Dr. **Freiherr von Notthafft-München.**

Die Welt schreitet vorwärts. Vor 50 Jahren wäre nicht nur dieser sondern überhaupt jeder Kongreß, welcher öffentlich sexuelle Fragen in populärer Form behandelt hätte, unmöglich gewesen. Man hätte einen groben Verstoß gegen die gute Sitte, eine direkte Schamlosigkeit in demselben gesehen, und die Veranstalter wären der öffentlichen Verachtung, wenn nicht Verfolgung, preisgegeben worden. Die berufenen Führer des Volkes in gesundheitlichen Dingen, die Hygieniker und Ärzte, mußten schweigen oder taten es aus allerdings begreiflicher Scheu vor dem heiklen Stoff. Derweilen konnte das Übel in der Tiefe weiter fressen und ungeheuren Schaden anrichten. Heute schreiben wir alle Wissenschaft, Wahrheit und Aufklärung auf unsere Fahnen. Der törichten Vogelstraußpolitik, wie der um die Münchener sanitären Einrichtungen hochverdiente Rechtsrat Wölzl sagte, mußte einmal ein Ende gemacht werden. Die neue deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der sexuellen Volksseuchen hat in der kurzen Zeit ihres Bestehens sehr Tüchtiges geleistet, indem sie sich in populären Vorträgen

und Druckwerken an die breiten Massen gewendet und unbekümmert um Mißdeutungen Erkenntnis und Wissen verbreitet hat.

Ob sie nicht manchmal zu weit gegangen ist? Wir möchten diese Frage nicht absolut verneinen. Was mit dem Sexus zusammenhängt, ist wichtig und wert, bekannt zu werden. Es ist gut, wenn wissenschaftliche Kreise demjenigen Teil des Publikums, welcher aufgeklärt werden muß, die Möglichkeit bieten, sich belehren zu lassen. Aber es gibt auch noch andere Volkskreise, deren Gefühle Schonung verdienen, und welche es als drückende Belästigungen empfinden, wenn sie überall auf Schritt und Tritt in auffälligster Form an das Geschlechtliche erinnert werden. Es gibt sicher eine gewisse Grenze des Zulässigen, welche von der Klugheit und dem Gefühl für Wohlanständigkeit gezogen ist; allerdings ist das keine scharfe Grenze und sie ist auch nicht für jeden leicht zu finden; das persönliche Gefühl spricht da mit, und manches, das sich auf der Grenze befindet, mag hüben wie drüben dazu gerechnet werden. Flucht in die Öffentlichkeit und Reklame dürfen aber nicht mit einander verwechselt werden. Bei so „anziehenden" und „interessanten" Themen, wie sie gelegentlich Veranstaltungen einer sich mit sexuellen Dingen befassenden Gesellschaft zum Vortrag kommen, werden weite Volkskreise schon in Kenntnis gesetzt, wenn bescheidene Plakate mit diskreten Aufschriften und kurze Mitteilungen in der Presse an Stelle der Riesenaffichen und spaltenlangen Artikel über die intimsten Vorgänge beim Sexualverkehr im politischen Teile der Zeitschriften treten. Gewiß mag manches Peinliche in der Reklame auf das Konto marktschreierischer, sensationslüsterner und profitgieriger Skribenten, Buchhandlungen und Einzelredner kommen; deshalb hätte sich aber doch noch Vieles vermeiden lassen können. — Die ziemlich kläglich ausgefallenen Versuche einzelner Ultras, die bestehenden ethischen Anschauungen zu stürzen, wären wohl auch besser unterblieben; denn sie erschweren das Hineintragen der Aufklärung in den größeren Teil des Volkes, welcher sich seine moralischen Anschauungen nicht ohne Weiteres nehmen lassen will. Und gerade hier tut Aufklärung not; in den Kreisen, wo man der „freien Liebe" Konzessionen macht, ist man auch über die Bedeutung der sexuellen Seuchen und der Belehrung über das und jenes vollkommen im Klaren. — So dankenswert es endlich ist, wenn durch Vorträge von Ärzten, Lehrern und anderen hierzu berufenen Leuten, die männliche Jugend über die Bedeutung und Herkunft der Geschlechtskrankheiten und — meinetwegen — auch über ihre persönliche Vermeidung

aufgeklärt wird, so wenig können wir uns mit öffentlichen Disputationen vor Frauen über die Vorzüge der einzelnen Schutzmittel für Männer, so wenig mit dem Beschluß des Kongresses einverstanden erklären, künftighin auch an die Frauen und Mädchen (! !) Flugblätter über Sexualkrankheiten und ihre Vermeidung zu verteilen. Überhaupt diese „Aufklärung" der Frauen! Vor der Infektion hilft sie nichts, weil blinde Liebe und Heiratslust sie wertlos machen. Nach geschehener Infektion ist sie nur geeignet, Unfriede und Unglück zu erzeugen. Wenn in der Ehe eine Infektion von Seite des vermeintlich gesünden Mannes erfolgt, so ist das schon schlimm genug; beide Gatten tragen schwer daran, die Frau durch das Leiden, der Mann durch Selbstvorwürfe. Muß dazu da noch die Erkenntnis der Frau kommen, was ihr eigentlich fehlt, und von wem sie das Leiden hat?! In den letzten Jahren haben sich die Ehescheidungsprozesse wegen Infektion der Ehefrau doch ganz erheblich vermehrt, wie uns jeder Arzt und Richter bestätigen kann. Und nicht immer war die Sachlage so klar zu Ungunsten des Mannes wie die klagende Partei und der testierende Arzt angenommen haben. Wenn Flesch prinzipiell forderte, daß zwischen Ehegatten keine Geheimhaltung über die Gesundheitsverhältnisse des anderen bestehen dürfe, so ist er damit viel zu weit gegangen. Mit vollem Recht ist ihm von Ries erwidert worden, daß die durch die Kundwerdung der Sachlage eintretende Verstimmung unter den Ehegatten viel schlimmer sei als die Krankheit selbst, und jeder erfahrene Arzt wird sich dieser Behauptung anschließen müssen.

Gegenüber diesen Bedenken stehen die Anschauungen derjenigen, welche meinen, daß alle Leisetreterei von Übel sei, daß die Mahner zur Mäßigung reaktionären Tendenzen huldigen, daß das Wissen und damit die Gesundung der Menschen in geistiger und körperlicher Hinsicht nicht nach den Opfern fragen könne, welche auf der Bahn des Fortschrittes zurück bleiben. Man kommt aber so zur Aufstellung des Satzes, daß der Zweck das Mittel heiligt. Für den Gegner dieses Satzes gibt es zwei Möglichkeiten, denselben anzugreifen: Einmal, daß man den Zweck der ganzen Propaganda nicht der Opfer wert erachtet. Das kann natürlich nur in dem Sinne gemeint sein, daß man das, soweit es sich voraussehen läßt, tatsächlich zu Erreichende — nicht das erstrebte Ideal! — als wenig bedeutend ansieht, eine von nicht unberühmten Leuten diskutierte Frage, welche wir jedoch nicht weiter erörtern wollen; zweitens, daß man das Mittel für ungenügend

anschaut. Wäre der Kongreß ein wissenschaftlicher i. e. S. gewesen, dann wäre dieser Kampf gegen das Mittel sinnlos. Denn die Wissenschaft ist ebenso wie die Kunst sich selbst Zweck und ihre Forschungen sind berechtigt, auch wenn sie keinen handgreiflichen Nutzen, ja vielleicht in den Augen mancher gelegenlich einmal Schaden stiften. Unser Kongreß war aber kein wissenschaftlicher (die Beteiligung von einigen ausgezeichneten Männern ändert an dieser Tatsache nichts), sondern ein populärer mit ausgesprochen propagandistischen Zwecken. Die Mitglieder der Gesellschaft setzen sich aus allen Ständen zusammen, zu den Beratungen kann jeder, gleichviel welche Vorbildung und Berechtigung mitzureden er hat, zugelassen werden; die geringe Anzahl gelehrter Vertreter, die große Anzahl von Nichtgelehrten, wie Frauen, Rechtsanwälten, Lizentiaten, Sittlichkeitsvereinlern, Kassenvorständen usw., die öffentlichen Disputationen und populären Vorträge, die laute Reklame und Anderes lassen den Kongreß als eine populäre Veranstaltung zu Propagandazwecken erscheinen. Er mußte deshalb auch so arrangiert werden, daß durch ihn eine tatsächliche Belehrung des Publikums zu Stande kommen konnte. Die Laien waren gekommen, um einmal die Ergebnisse, den Standpunkt der Wissenschaft zu vernehmen.

Und was haben sie erfahren? Über die Hauptpunkte konnte unter den Teilnehmern absolut keine Einigung erzielt werden; fast jeder Redner sprach immer das Gegenteil von dem, was sein Vorgänger gesagt hatte. Während Neißer in seinem Referat über Berufsgeheimnis und Geschlechtskrankheiten eine Meldepflicht des Arztes bezüglich aller Kranken, aber ohne Namensnennung beantragte, war Flesch für Namensnennung an eine Sanitätskommission, Bohn für eine Nennung der Fälle, aber nicht der Namen, eine Frau Schewen gegen die Meldepflicht an die Behörde, dafür aber für eine solche „an die richtige Person" (!!), während Bernstein, Chotzen und Hippe sich i. A. für das bestehende System der unbedingten ärztlichen Verschwiegenheit aussprachen und es im Einzelfalle dem subjektiven Ermessen des Richters überlassen wollen, zu entscheiden, ob ein Arzt durch eine Warnung seine Pflicht verletzt oder eine höhere Pflicht erfüllt hat. Gegenr über Neißer, welcher der Meldepflicht der Ärzte keinen wesentlichen Einfluß auf die Kurpfuscherei einräumte, hoben Hippe u. A. hervor, daß hierdurch die Kurpfuscherei vergrößert wird. — Bei dem Thema „Bordelle und Bordellstraßen" sprachen sich Wolff, Stachow, v. Düring, Fabry, Hammer, Löw, Klausmann und Lesser fü-

die Reglementierung aus, während Blaschko und Gruber ihr nur sehr bedingten Wert einräumten, Anita Augspurg und Dr. Simanowski gegen jede Reglementierung waren; Frau Fürth hinwiederum wollte zwar offenbar Kontrolle und Wohnungsaufsicht, eine ärztliche Untersuchung dagegen nur für diejenigen Weiber, welche wegen Sittlichkeitsdelikten ergriffen oder sonst denunziert werden und für Personen weiblichen Geschlechtes, welche der Behörde sowohl als krank, wie jeder Behandlung widerstrebend benannt sind. (Wie die Rednerin nach der von ihr geforderten Aufhebung der Sittenpolizei dieses möglich machen will, blieb allerdings ihr Geheimnis.) — Aber auch unter den Freunden der Reglementierung herrschte keine Einigkeit. Wolff rühmte der Kasernierung mit Recht nach, daß sie die Straße säubern, die Behandlung der Prostituierten und prophylaktische Maßnahmen erleichtere und das Zuhältertum verringere, was Frau Fürth leugnete. Ähnlich wie Wolff, zum Teil mit der Forderung des Aufhebens der Einzelwohnungen, sprachen sich Klausmann, Fabry, Hammer, Lesser, Löw, Hopf und Müller aus. Ein Herr Kohn bemängelte dagegen die von diesen Fachmännern gelieferten statistischen Nachweise, daß in Metz, Karlsruhe und Straßburg die Kasernierung günstig gewirkt habe, und Frau Schewen berichtet das Gegenteil von Dresden. Bohn und die obengenannten Gegner der Reglementierung sind natürlich auch gegen die Kasernierung, Frau Paulus aus dem Grunde, weil Buben in Kniehosen die Bordelle besuchen könnten (als ob dieses bei der einzelwohnenden Dirne nicht auch der Fall wäre!); v. Dühring und Gruber hielten die Kasernierung aus räumlich-technischen Gründen für unmöglich, und können ihr im Gegensatz zu den gegenannten Lobrednern keine hygienischen und sittlichen Vorteile, nur Nachteile nachsagen. Ähnlich Frau Fürth. Während die Reglementierungsgegner polizeiliches Verbot und Ignorierung empfahlen, wünschte Hopf sogar Lehrstühle für Prostitutionskunde, während Hippe das Leben in den Bordellen in ganz anziehenden Farben malte, hat Frau Schewen „nur der Menschheit ganzen Jammer" in diesen Lasterhöhlen gefunden, und während Stachow den Zentralstraßen vor den eigentlichen Bordellen den Vorzug gab, meinte ein Herr Kohn, daß Stachow's Bericht selbst ein vernichtendes Urteil über das System der Kontrollstraßen ausspreche, (allerdings nur aus dem bedeutungslosen Grunde, weil durch die Kontrollstraßen diese Weiber ihrer Freiheit beraubt würden), — Als Mittel gegen die Erwerbung von Krankheiten empfehlen Lesser und Gruber mit vollem Recht in erster Linie die

sexuelle Enthaltsamkeit des Unverheiratheten, Hellpach Kampf gegen die den Trieb anstachelnde Genußsucht; Blaschko verlangte dagegen Steigerung der Konsumfähigkeit der unteren Klassen und erwartete nicht viel von einem Ankämpfen gegen den Sexualtrieb, welchen er, wie ja aus seinen Schriften bekannt ist, als übermächtig darstellte, während endlich Frl. Helene Stöcker das Leben in seinem ganzen Umfang bejahen will und unbeschadet des Instituts der Ehe (!) für die „freie Liebe" gleichgebildeter Menschen eintritt (!!) Wenn der Mensch sich selbst nicht mehr für böse hält, dann höre er auch auf, es zu sein. Wie die neue Ethik aussehen werde, wisse sie selbst noch nicht endgültig, doch das Alte tauge auf jeden Fall nichts mehr, man müsse „die Prostitution veredeln" usw. Lesser mußte die Rednerin darauf aufmerksam machen, daß man sich nicht mit einem Schlage über die ethischen Anschauungen eines Volkes hinwegsetzen könne. — Hiermit ist die Aufzählung der Gegensätze und Widersprüche noch nicht erschöpft.

Es geht aber aus dem Gesagten schon klar hervor, daß dem Laien das positive Resultat der Beratungen gleich Null erscheinen mußte. Darüber waren sich schließlich auch die Kongreßteilnehmer selbst klar, und wenn Lesser und Blaschko gegen den laut werdenden Pessimismus protestierten und meinten, auf Kongressen sei die Debatte die Regel, der Widerspruch trage zur Feststellung der Wahrheit bei, so erinnern solche Worte einmal an das bekannte, französische Wort »qui s'excuse, s'accuse«, und dann beruhen sie auf einer Verwechslung der wissenschaftlichen Tagungen mit diesem populärpropagandistischen Kongreß. Dort geht aus dem Streit der Meinungen eine Aufklärung hervor, hier dagegen ist das unmöglich, weil Leute mit den verschiedensten Vorkenntnissen, Stellungen und Nebenabsichten sich nicht verstehen können und z. T. auch nicht verstehen wollen. Dort kommen die Zuhörer, um Meinungen zu hören, hier dagegen wollten sie die Wahrheit, die Lehren der Wissenschaft, Positives, endgültiges Festes hören. So ist nun einmal der Laie! Sie mußten unbefriedigt nach Hause gehen. Und diese Enttäuschung wird sich dann rächen, wenn dieselben Leute in den Versammlungen der Naturheilkundigen, „Schriftsteller" und Kurpfuscher den gräulichsten Unsinn mit apodiktischer Sicherheit vorgetragen hören. Sie werden den Unsinn nicht merken, wohl aber die Ausfälle gegen die Wissenschaft. Denn dem Laien imponiert Bestimmtheit, wie jeder Arzt bestätigen kann.

Es liegt uns ferne gegen die deutsche Gesellschaft z. B. d. G.

zu polemisieren, zu allerletzt gegen ihre verdienten und wissenschaftlich hochangesehenen Vorstände und Leiter, nur an diesem Kongreß üben wir Kritik. Will die Gesellschaft auch künftig Tagungen veranstalten, so kann sie entweder hinter geschlossenen Türen nach dem Muster der wissenschaftlichen Kongresse sich versammeln und außer ihren Mitgliedern nur beschränkte Kategorien, wie Ärzte, Lehrer, Staats- und Gemeindebeamte zulassen. Besonders auf das Mitwirken der Letzteren ist großes Gewicht zu legen, weil es meist praktische Leute mit durch keine Vorurteile getrübter Erfahrung sind.) Sollen aber auch weiterhin derartige doppelgesichtige Versammlungen stattfinden, dann möge man nach dem Muster der sogenannten deutschen Katholikentage die Debatte in die geschlossenen Sitzungen verlegen, die Vorträge in die öffentlichen Versammlungen, selbstverständlich nach vorsichtiger Auswahl der Themen und der Redner! Von den Differenzen erfährt dann die große Menge nichts, und die „Volksredner" der öffentlichen Versammlungen dürften ihres Erfolges bei den Zuhörern hier wie dort gleich sicher sein. Dieses war — vom augenblicklichen Applaus abgesehen — natürlich nicht der Fall, wenn man ein Frl. Helene Stöcker zu Worte kommen ließ, deren Zuneigung zur „freien" Liebe schon aus ihren Schreibereien bekannt war, und welche der Vorsitzende wie auch die referierenden „Münchner Neuesten Nachrichten" sehr höflich darauf aufmerksam machen mußten, daß die Zuhörer für ihre Ideen noch nicht reif genug seien; der Vortrag Hippes war moralisch so bedenklich, daß Professor Gruber erklärte, er würde die Gesellschaft für gemeingefährlich betrachten müssen, wenn sie sich mit dem Redner identifiziere; Frauenrechtlerinnen und Sittlichkeitsvereine betrieben auf dem Kongreß ihre Sondergeschäfte, und ein Redner (Laie und Politiker) erging sich in unwahren und persönlichen Ausführungen gegen ein abwesendes Vorstandsmitglied, sodaß er in ebenso scharfer persönlicher Weise zurückgewiesen werden mußte.

Über die Assanierung der Prostitution würden einheitliche Anschauungen herrschen, wenn das Wesen des Dirnentums weniger einseitig aufgefaßt würde. Es ist nicht angängig, dasselbe lediglich mit Blaschko als Folge sozialer Übelstände zu betrachten. Es ist das große Verdienst von Lombroso, Tarnowsky, Tarnowskaja und Ströhmberg, welchen Charcot zum Teil vorgearbeitet hatte, die Entartung der Dirnen in körperlicher und seelischer Beziehung nachgewiesen zu haben. Nach ihnen ist die Dirne mit wenigen Ausnahmen nicht das aus sozialer Not oder Moralmangel gefallene Mädchen, son-

dern eine Entartete, welche sich Pflichtgefühl und Sittlichkeitsbegriffe nicht in geeignetem Maße aneignen kann, sie ist demzufolge das Äquivalent des männlichen Landstreicher- und Verbrechertums und unterscheidet sich von diesem nur durch die Ausnutzung ihrer abnorm ästhetischen sexuellen Sphäre zur Erbeutung mühelosen Verdienstes; die Neigung zur Vagabundage und zum Verbrechen ist ihr mit ihrem männlichen Charakterergenossen gemeinsam. Die sozialen Verhältnisse sind zum geringsten Teil direkte Ursache der Prostitution, d. h. der Überlassung des weiblichen Körpers an eine Vielheit von Männern gegen Entgelt; sie erzeugen direkt nur Lüderlichkeit und Verhältniswesen, indirekt dagegen Prostitution, indem sie das Milieu schaffen, in welchem die Entartung um sich greift. Die Prostitution ist daher unausrottbar, solange es degenerierte Weiber und eine Nachfrage von Seiten des Mannes gibt. Gegen die Degeneration sind wir ziemlich machtlos, die Nachfrage können wir vielleicht einschränken. Die Degeneration ist bei Kulturvölkern und im Kulturzentrum stärker als bei Naturvölkern, in den Städten stärker als auf dem Lande, in der Hefe des Volkes stärker als bei den oberen Zehntausend. Daraus erklärt sich die Ungleichmäßigkeit der Verteilung der Dirnen in den einzelnen Völkern, Städten und Ständen. Die höheren Stände steuern auch deshalb weniger zum Dirnentum bei als die unteren, das flache Land auch deshalb weniger als die Stadt, weil die Konzentration der Familie eine engere, die Freiheit des jungen Weibes eine geringere und vor allem keine Notwendigkeit vorhanden ist, hart um das tägliche Brot arbeiten zu müssen; das Drohnentum braucht hier nicht zum Verbrechen und zur Prostitution zu greifen. In geringerem Maße herrscht die Prostitution aber auch bei vielen Naturvölkern, wo soziale Übelstände nicht in Frage kommen können. Im Pfahlbauerndorf mag ein Halsband aus Glasperlen, eine Bronzefibel dieselbe Bedeutung gehabt haben wie heute ein Brillantencollier im Boudoir mancher Schönen. Wie stark die Prostitution im malayischen Archipel ist, kann man aus Waitz sehen; unter den Crow-Indianern sind fast sämtliche Frauen richtige gegen Entgeld für jeden Mann erkenntliche Prostituierte, bei einzelnen Stämmen Australiens wird jede Witwe zur Stammeshure, ja es kommen sogar eigene Kastrierungen zu diesem Zwecke vor usw. Im Einzelfalle ist allerdings hervorzuheben, daß die Zwangsprostituierung und Polyandrie bei wilden Völkerschaften nicht gleichbedeutend mit der freigewählten Prostitution kultivierter Völker ist. Ein einwandfreier Beweis ist dagegen die von jedem Volkskenner uns

bestätigte Tatsache, daß in jedem größeren Bauerndorf auch eine Dorfhure zu finden ist, welche, obwohl sie des Lebens Not nicht kennt, gegen Entgelt zu erhalten ist. In Orten mit ungefähr gleichen biologisch-sozialen Verhältnissen, muß sich, wenn die Prostitution eine Entartungserscheinung ist, dafür überall das gleiche Verhältnis der Dirnen zur Gesamtbevölkerung finden. Nach russischen Berichten ist dasselbe tatsächlich 5,6—6‰. Aus dieser großen Zahl von Dirnen in den Großstädten, ihrer Unverbesserlichkeit und ihrer Neigung zur Vagabundage ergibt sich, daß jede einseitige Förderung von Bordell oder Kaserne oder Bordellstraße oder Einzelwohnung ein Fehler ist.

Auf dem Kongreß ist schon von Gruber, v. During, Fr. Fürth u. a. darauf hingewiesen worden, daß jede Beschränkung auf Bordelle, überhaupt auf Kasernierung aus räumlichen Gründen, wegen des Mißerhältnisses von Dirnenzahl und Wohnungen scheitern muß. Wohin sollte man denn unsere schätzungsweise 3000 Prostituierten Münchens kasernieren? Für kleinere und kleinste Städte, in welchen die geheime und einzelwohnende Prostitution leicht polizeilich unterdrückt werden kann, empfiehlt sich das System, weil es weniger Opfer anlockt, das öffentliche Sittlichkeitsgefühl weniger beleidigt, kein Gift in die Familien bringt und das Zuhältertum nicht züchtet. Die besonders von frauenrechtlerischer Seite kommenden Einwände gegen dieses System sind nicht stichhaltig. Die entartete Dirne, dieses Drohnen- und Parasitentum im sozialen Körper, ist ein Schädling für die gesunde arbeitende Bevölkerung; sie hat daher ebensowenig wie die Strolche und Verbrecher einen Rechtsanspruch auf eine für die anderen Menschen gefährliche Freiheit; sexuelle Scheußlichkeiten sind allen älteren Dirnen geläufig, ob sie frei oder interniert leben, und sittlich halbwegs noch zu bessernde Dirnen sind überhaupt nicht ins Bordell zu bringen; die finanzielle Abhängigkeit der faulenzenden Dirnen von ihren Wirten entwickelt sich ebenfalls bei den freiwohnenden nicht weniger drückend als bei den kasernierten, kann bei ordentlicher Kontrolle hier sogar geringer werden. Der wichtigste Einwand wäre der, daß die Bordelle den Mädchenhandel entstehen lassen; die fédération abolitionistique mit ihrem Sitze in Genf verbreitet beständig in der Presse derartige Alarmnachrichten; in Wirklichkeit ist es auf deutschem Boden unmöglich, daß ein Mädchen ohne ihr Wissen in ein Bordell verschleppt wird, und den Mädchenhandel nach fremden Ländern ohne ordentliche Bordellpolizei können wir durch Aufhebungen der Bordelle im eigenen Lande doch nicht beeinflussen! In der Regel spielt sich die

Sache übrigens weniger sensationell und dramatisch ab; sondern die Dirne verkauft sich selbst (oder wird von ihrer Gläubigerin, der Wirtin, verkauft) an ein Institut, wie sie bisher schon täglich sich zu verkaufen gewohnt war. — Ist aber die Kasernierung in den großen Städten nicht durchführbar, so muß man eben hier auch die vagabundierende Prostitution dulden, da ihre Unterdrückung durch Polizeiverbote erfahrungsgemäß und nach dem oben über die Naturgeschichte der Dirne Gesagten ein Ding der Unmöglichkeit ist. Dazu kommt noch, daß man wohl die Dirnen teilweise zwingen kann, ein gewisses Domizil aufzusuchen, aber doch nicht ihre Kunden; übereinstimmend wird von allen erfahrenen Seiten konstatiert, daß die Freudenhäuser immer weniger frequentiert werden. Andererseits ist aber auch ein Unterdrücken der Mädchenhäuser in den großen Städten nicht möglich; denn man kann keiner Wirtin verwehren, an mehrere Weiber zu vermieten, und so entsteht das moderne Bordell, welches es in jeder großen Stadt, wenn auch ohne (offizielles) Wissen der Behörde, massenhaft gibt. Man muß also in allen größeren Orten sämtliche Systeme der Prostituierung nebeneinander dulden. Damit ist aber nicht gesagt, daß man sie nicht polizeilich und hygienisch besser kontrollieren könnte, als dieses heute geschieht, und daß man den ärgerlichen Straßenskandal nicht verringern könnte. — Die „Besserungsfähigkeit" der Dirnen ist nach den traurigen Resultaten aller weltlichen und geistlichen Korrektionsanstalten für gefallene Mädchen fast gleich Null, der Gedanke, durch Gestattung des Concubinats („freie Liebe"), Gleichstellung der unehelichen Kinder mit den ehelichen, Erleichterung der Eheschließung und Herabsetzung des Heiratsalters beim Manne, Arbeiterinnenschutz und ähnliches direkt die Prostitution verringern zu können, ist eine Utopie. Indirekt sind natürlich soziale Besserungen, wie sie Blaschko, allerdings einseitig, gefordert hat, von großem Wert, wenn sie mit einer Einwirkung auf den Mann zum Zwecke der Selbstzucht einhergehen. Dann wird die Nachfrage vermindert und die Prostituierung ist für die degenerierten Weiber nicht mehr lohnend genug; die soziale Hebung der unteren Volksschichten arbeitet der Entartung und damit der Entstehung sich anbietender Weiber entgegen. — Über den hygienischen Nutzen der Reglementierung herrschen dank der hier ganz versagenden und widerspruchsvollen Statistik auch in Ärztekreisen keine einheitlichen Anschauungen. Man wird den Wert der heutigen Reglementierung nicht zu hoch einschätzen dürfen; denn wir registrieren nur einen Bruchteil der Weiber und sind nicht im Stande, sie während

der ganzen Dauer ihrer Erkrankung an der Ausübung ihres Berufes zu verhindern. Immerhin steht soviel fest, daß bei genügender Eruierung der geheimen Prostitution die Vorteile der Reglementierung schon bemerkbar werden, und daß eine Ausschaltung einer Anzahl Weiber während der Zeit höchster Infektiösität vernunftgemäß ist. Der Einwand, daß dann die übrigen geheimen und öffentlichen Dirnen stärker in Anspruch genommen und daher stärker infiziert werden, ist hinfällig, weil diese auch sonst vorhanden sind, und mit sinkendem Angebot auch diejenige Nachfrage, welche nur Anlockungsfolge ist, zurückgeht. — Die Forderung, weiblicher Redner, die Gesundheitsuntersuchung um der Schonung des Schamgefühles der Dirnen willen, nur durch weibliche Ärzte vornehmen zu lassen oder sie ganz aufzuheben, konnte nur aus einer absoluten Unkenntnis des Dirnencharakters entspringen. Es ist der alte Fehler der abolitionistischen Kreise, in dem Manne den Verführer statt das Opfer der Prostitution und in der Prostituierten statt der Entarteten eine den gleichen sittlichen Motiven und Gefühlen wie die normale Frau zugängliche Verführte und vom Manne Verdorbene zu sehen. Man möge sich übrigens keiner Täuschung darüber hingeben, daß das gesamte Dirnentum höchstens bezüglich der Syphilis ungünstiger als andere leichtsinnige Weiber gestellt ist! Bezüglich der anderen Leiden ist erwiesen — und unsere eigene Sprechstunde lehrt es uns aufs deutlichste —, daß diese letzteren Frauen noch viel gefährlicher sind als die Dirnen.

Den weiteren Beratungen des Kongresses wird man i. A. zustimmen können. Es zeigte sich keine wesentliche Geneigtheit, eine Meldepflicht des Arztes für Geschlechtskranke einzuführen. Der § 300 des Reichsstrafgesetzbuches, welcher den Ärzten Verschwiegenheit auferlegt, bleibt also ungeschmälert bestehen und soll eher noch ausgedehnt werden auf alle anderen Berufskategorien, welche mit Kranken berufsmäßig zusammenkommen. — Allgemein ist man der Ansicht, daß der Kuppeleiparagraph 180, welcher schon das Vermieten an Dirnen für strafbar hält, korrigiert werden muß. — Eine alte Forderung war auch diejenige der Aufklärung der Jugend in den höheren Klassen.

Aufklärung, das war überhaupt die Signatur der Kongreßforderungen. Und deshalb begrüßen wir auch diese Tagung, wenn wir auch nicht in allem Einzelnen mit derselben übereinstimmen konnten. Wir sind den wissenschaftlichen Rednern und speziell den beiden Vorsitzenden durchaus zu Dank verpflichtet.

Ueber Spracheigentümlichkeiten Berliner Prostituierter.

Von Dr. med. **Wilhelm Hammer-Berlin.**

Eine Nebenfrucht meiner jahrelangen Forschungen auf dem Gebiete der Prostitution ist eine Sammlung sprachlicher Eigentümlichkeiten der Prostituierten. Während ich mit der Veröffentlichung der Hauptergebnisse meiner Erfahrungen als Gefängnis- und Dirnenarzt eines Schweizer Kantons, und als Arzt der größten Prostituiertenstation Deutschlands zu Berlin, sowie endlich meiner ärztlichen Beobachtungen auf der Station einer süddeutschen Bordellstadt erst beginnen werde, wenn ich unabhängig von einer jeden städtischen und staatlichen Behörde allein den Gesichtspunkt wissenschaftlicher Forschung im Auge behalten kann, will ich heute einige sprachliche Eigentümlichkeiten Berliner Dirnen schildern. Legen wir dieser Schilderung die Geschichte eines jungen Mädchens in Berlin zu Grunde, wie sie sich häufig ereignet. Das Mädchen ist aus der Schule entlassen und besucht eine Freundin, von der sie weiß, daß sie der Prostitution ergeben ist. Diese Freundin „geht auf den Strich". Das junge Mädchen läßt sich von der Freundin Anleitung geben, wie sie „strichen" kann. Dabei ist die Jugendliche zunächst noch etwas zurückhaltend. Allmählich wird sie „kesser". Um in der Nähe des „Absteigequartiers" zu bleiben geht sie ständig innerhalb eines Häuservierecks dieselben Straßen „Sie geht Carré rum". Sie „steigt" zunächst bei einer Vermieterin „ab". Weil ihr das jedesmalige Bezahlen einer oder mehrerer Mark zu teuer wird, mietet sie sich eine „Wohnung mit Kost". Das junge Mädchen ist eine „Nutte". Sie begibt sich in die Gegend der Passage, wo besonders für junge Mädchen eingenommene „Nuttenjäger" ihr nachstellen. Da sie viel Erfolge hat, erregt sie die Aufmerksamkeit eines „Polizeispitzels" oder „Achtgroschenjungens", dieser fordert sie auf mit in seine Wohnung zu kommen. Sie nimmt die Einladung an, sodaß dieser Ehrenmann später als Belastungszeuge für den unsittlichen Lebenswandel gilt. Er nimmt sie nicht mit, sondern beauftragt einen Kriminalbeamten mit ihrer Festnahme. Der Polizeispitzel hat sie daher „alle werden lassen". Sie wird zur Wache geführt und von dort nach dem Präsidium. Hier wird sie in Haft behalten, von einem Fräulein Doktor, einer in der Schweiz ausgebildeten Dame untersucht. Sie kommt wieder „nach Zelle", bis der Herr Doktor kommt. Dieser überweist das Mädchen nach dem Krankenhause „dem Froebels", „der

Palme". Sie hat „Spitzen" (condylomata acuminata) und „Sackratten" (Phtiriasis). Nachmittags $^1/_2$3 Uhr fährt der Polizeiwagen „die grüne Minna" vom Polizeipräsidium nach der Froebelstraße. Da sie jung ist, kommt sie in den „Froebelschen Kindergarten" d. h. in Fürsorgeabteilung. Hier wird sie sinnlich. Von 60 Mädchen masturbieren daselbst 57. Am andern Morgen besteigt sie den „Tiroler"- (Untersuchungsstuhl). Sie gehört zu den Arbeiterinnen und bekommt ein Sodaekzem, da ihre Haut an den Händen zart ist. Sie kommt nun abends herunter. Der diensttuende Arzt, zufällig derjenige, der die „Nutten" am freundlichsten behandelt und daher „Nuttendoktor" heißt, verordnet ihr „Achalinsalbe" (Unguentum diachylon Hebrae). In einigen Wochen hat sie Termin. Sie wird zu sechs Wochen Haft verurteilt, weil sie nach Ueberzeugung des Schöffengerichts gewerbsmäßig Unzucht getrieben hat, ohne unter Polizeiaufsicht gestanden zu haben. Als Belastungszeuge tritt der Kriminalbeamte auf; außerdem hat sie vor der Polizei ein Geständnis abgelegt meist oder wohl immer ohne zu wissen, daß sie das Recht hat, ihre Aussage zu verweigern. Von diesem Rechte, die Aussage zu verweigern machten die Ärzte des Froebelkrankenhauses auf höheren Wunsch keinen Gebrauch. Gleichzeitig ist beschlossen, sie auf mehrere Jahre in Fürsorgeerziehung zu geben. Wütend über die jahrelang andauernde Einsperrung bei ihrer sinnlichen Veranlagung steht sie nachts auf, schlägt eine Fensterscheibe entzwei und läßt sich an einem Seile, das aus Betttuch geknotet ist zum Fenster herunter, um zu fliehen. „Sie türmt", denn „jeder Vogel liebt seine Freiheit", wird aber aufgegriffen und trotz ihrer Jugend von männlichen Hülfskräften „Bachulken" in den Arrest, „Kahn" oder „Kellers Festsäle" genannt, gesteckt. Bei Wasser und Brot und ohne Arbeit hat sie Zeit zu sinnlichen Gedanken. Ihre Gedanken begegnen denen einer Genossin, einer „Leidensgefährtin", die „schwul" (homosexuell) ist und daher schon lange „herumvoste" (poussiert), um das Mädchen zur lesbischen Liebe zu bringen. Die Leidensgefährtin hatte ihr schon lange einen Brief geschrieben, indem sie das junge Mädchen zur gleichgeschlechtlichen Betätigung aufforderte. Der Brief wird heimlich befördert, ist also ein „Kassiber". Durch diesen Kassiber wird ihr „die Freundschaft angetragen". Sie antwortet in einem Kassiber, indem sie „die Freundschaft annimmt". Wie sie aus den Arrest kommt, läßt sie sich die Liebesbetätigung der „Freundin" gefallen. Sie ist demnach „Mutter oder Muttchen", trägt jetzt zum Zeichen der Treue den „Mutterscheitel". Die Freundin ist „Vater", trägt den „Vaterkragen",

einen aus Papier und alter Leinwand geschickt geformten Stehkragen. Die Mutter stickt den Namen in die Leinwand. Oft hat der „Vaterkragen" einen krawattenähnlichen Fortsatz „Schmießchen". Der „Vater" trägt das Haar nicht im „Mutterscheitel", sondern in Form der „Vatertolle", also üppig hochgekämmt. Die „Mutter" läßt sich von einem andern Mädchen den Hof machen. Der „Vater" macht nun seine „Vaterrechte" geltend, d. h. er haut sein „Muttchen". Dieses „Muttchen" muß stillhalten; denn „Vaterzorn" muß austoben; sonst kann es zu Totschlag kommen. Nachdem die Fürsorgeerziehung beendet ist, wird das Mädchen unter „Sitte" gestellt. Sie erhält das „Bäckerbuch", d. h. das Einschreibebuch und heißt jetzt „Tille" oder „Prodestimierte" = Prostituierte. Sie verkehrt in eigenen Lokalen „Kaschemmen" und ist den lesbischen Akt („Schiebung") satt, gestattet daher einem Zuhälter („Bräutigam", „Luden") die Annäherung. Sie ist jetzt seine „Liebste". Den drakonischen Vorschriften der Polizei kann sie nicht folgen. Sie muß daher ins Gefängnis, d. h. sie „schiebt Knast". Sie ist schwanger, „kippt" jedoch (abortiert) oder gebiert („legt ab"). Die „heilige Dame" = die Frau Pfarrer sucht sie zu überreden in ein Stift zu gehen. Das lehnt sie ab, weil sie nichts von den frommen Schwestern im Stift („Katalauern") wissen will. Vielmehr lernt sie nun allerhand „Freier" (zahlende Männer) kennen. Diese Freier sind teilweise überreizt. Sie werden nur noch durch besondere Fetische erregt und heißen je nach ihrem Fetisch „Nagelfreier, Stiefelfreier, Taschentuchfreier, Seidenfreier". Einige wollen „Kaviar essen", d. h. sie betreiben den Cunnilingus. Das Mädchen wird älter und wird durch Männer nicht mehr gereizt. Sie verkehrt abwechselnd als „Vater" oder „Mutter" in der lesbischen Art; diese „Schiebung" nennt sie „69" oder auch „66" oder „68". Endlich „macht" sie sich sittefrei, indem sie arbeitet, vielleicht als „Vermieterin" oder „Straßenverkäuferin". Gelingt ihr das nicht, so nimmt sie in ihrem Alter den „Gifthaken", d. h. sie sucht den Häuserkehricht oder Müll als „Naturforscherin" ab nach verkaufsfähigen Abfällen.

II. Referate.

Baermann: Die Gonorrhoe der Prostituierten. (Zeitschrift f. B. d. G. 1903 II.)

Jadassohn hat im Einklang mit den Neisser'schen Vorschlägen die mikroskopische Untersuchung der Prostituierten auf Gonococcen bei der Kontrolle als einen der wichtigsten Faktoren für die Gonorrhoe-Prophylaxe charakterisiert. Nach B.'s Ansicht ist es meistenteils unmöglich, die Gonorrhoe der Prostituierten aus klinischen Erscheinungen sicher zu diagnostizieren. Der plötzliche, große Anstieg der bei der Kontrolle konstatierten Gonorrhoefälle überall da, wo an Stelle der klinischen Untersuchung die mikroskopische getreten ist, dürfte wohl der am wenigsten abzuweisende Beleg für die Notwendigkeit der mikroskopischen Diagnose sein. Ohne dieselbe kann weder für die Infektiosität noch für die Harmlosigkeit eines Cervikal- oder Urethralausflusses ein sicheres Urteil abgegeben werden. Zur Erreichung der Assanierung muß eine sorgfältige, mikroskopische Untersuchung in allen Teilen des Reiches einheitlich bei dem ständig fluktuierenden Prostitutionsmaterial durchgeführt werden. B. hat in 14 Tagen 393 Prostituierte auf Gc. untersucht; es gelangten täglich 35 Prostituierte zur Untersuchung, was eine Zeit von $1^1/_2$ St. in Anspruch nahm. Die 140 Präparate, der Urethra und dem Cervix mit einem stumpfen Metallöffel entnommen (2 Ausstrichpräparate), erforderten zur mikroskopischen Untersuchung 5 Stunden. Als Ansiedlungspunkte der Gonococcen sind bisher bezeichnet worden: Urethra, die Schleimdrüsen an der äußeren Urethralöffnung, Vulva-Vagina, Bartholinische Drüse, Cervix, Endometrium, Tuben, Rektum. Die gonorrh. Vaginitis bei Prostituierten, deren Vaginalschleimhaut durch die häufigen Kohabitationen und Irrigationen sehr widerstandsfähig gemacht wird, ist eine Erkrankung, die bei der Kontrolle unberücksichtigt bleiben darf. Dagegen verdient die Bartholinitis ein höheres Interesse bei der Kontrolluntersuchung, die nach einzelnen Autoren 33% ausmachen. Eine 1—2 mal monatlich stattfindende Untersuchung der Rektalschleimhaut mit dem Speculum und gleichzeitiger Anfertigung von mikroskopischen Präparaten ist unbedingt indiziert: Die Infektionsgefahr für den Mann ist von seiten der Urethra eine größere als von der des Cervix, weil das Sekret des letzteren selbst bei reichlicher eitriger Beimengung eine ziemlich kohärente, kompakte Masse darstellt, die zu einem Eindringen in die fossa navicularis wenig geeignet erscheint —, das Urethralsekret, aus zelligen Elementen zumeist bestehend, bietet diesen Hinderungsgrund nicht, ferner wird es stets neu auf den Introitus deponiert und während der kurzen Eröffnung der männlichen Urethrallippen in die fossa gepreßt. Der Untersuchung des Cervix gehe stets eine energische Reinigung des äußeren Muttermundes mit Alkohol voran, das Präparat werde möglichst hoch am Cervikalkanal gewonnen, Präparate mit reichlichem Bakterienbefund stammen stets vom äußeren Muttermund und sind diagnostisch nicht verwertbar, nur der Gonococcus vermag ascendierend zu gedeihen. Die Uterusgonorrhoe ist lediglich als solche, ohne Berücksichtigung reaktionsloser Adnexerkrankungen, in Behandlung zu nehmen. Nach B.'s Untersuchungen dürfte nach dem IV. Kon-

trolljahre eine leichte relative Abminderung der Zahl gonorrh. puellae statthaben, zurückzuführen auf die geringere Frequentierung und auf die bessere Orientierung in der persönlichen Prophylaxe. Jedenfalls aber ist sie nicht so bedeutend, daß man eine seltenere Kontrolluntersuchung älterer Prostituierter ableiten könnte.

Einzig und allein darf nach B. für die Prostituierte der Gonococcenbefund maßgebend sein, alle übrigen Erscheinungen, wie chronische, nicht infektiöse Urethritis, chron. Cervikalkatarrh sind belanglos. Ein großer Teil der Prostituierten bleibt von einer rasch eintretenden Reinfektion verschont als Durchschnittszahl der Behandlungstage rechnet B. 37 Tage.

Die meisten Prostituierten kommen bereits gonorrhoisch infiziert unter Kontrolle, Lues acquirieren sie erst im 1.—2. Kontrolljahre, das 2.—4. Kontrolljahr (20.—22. Lebensjahr) ist daher das gefährlichste. Die ambulatorische Behandlung genügt bei chron. Prozessen mit spärlichem Gonococcenbefund und ist auch insofern angebracht, als dadurch eine zu häufige Internierung vermieden werden kann. **Steiner-Mannheim.**

R. de Campagnolle: Über den Wert der modernen Instillationsprophylaxe der Gonorrhoe. (Zeitschrift z. B. d. G. Bd. III, No. 1, 2 u. 3.)

Zunächst gibt Verfasser einen Überblick über die Geschichte und die Entwickelung des Instillationsverfahrens, indem er mit Sänger beginnt, der trotz Begründung der Autoprophylaxe 1884 nirgends Erwähnung findet und nach Hinweis auf Haussmann 1885 sich zu dem weiteren Ausbau des prophylaktischen Verfahrens durch Blokusewski und R. E. W. Frank wendet, denen sich Welander anreiht. Nach kurzer Schilderung der verschiedenen Apparate und Technik geht Verf. auf seine eigenen Instillationen mit 20% Protargolglycerinlösung — wobei er bald Glycerin bei Seite ließ — und 10% Albarginlösung über. Für die Versuche waren nicht nur Tripperkranke, sondern auch Personen, bei denen sich noch irgendwelche Erscheinungen des „postgonorrhoischen Symptomenkomplexes" zeigten, ausgeschlossen. Neben der Ausnutzung der praktischen Apparate, sollte nach Möglichkeit der unzersetzte Zustand einer richtig und frisch zubereiteten Lösung, sowie der hygienische Gebrauch derselben gewährleistet werden.

Während er sich anfangs an die so bestechend einfache Gebrauchsvorschrift Franks hielt, der unmittelbar nach der Cohabitation ohne vorangegangene Urinentleerung 2—3 Tropfen instillieren ließ, griff er bald auf den alten, von Blokusewski angefochtenen Gebrauch zurück, unter zeitweiligem Bedecken des Orificiums mit dem Finger zu urinieren, um den Druckstrahl zu erhöhen und auch bei geringerer Harnmenge deren Druck wirksamer zu machen. Auch warnte er — im Gegensatz zu beiden Autoren —, mehrere Instillationen rasch aufeinander folgen zu lassen, dieselben vor 24 Stunden zu wiederholen. Für die Untersuchungen verwertbar waren von 132 Männern in 3 Jahren die Erfahrungen von 76. Im ganzen acquirierten 9 Männer trotz der Prophylaxe eine Gonorrhoe; davon kamen nur 6 Infektionen für den Verf. in Betracht.

Wie ist es zu erklären, daß der praktische Erfolg nicht hielt, was die

so sorgfältig ausgeführten Frank'schen Versuche am lebenden Menschen versprachen? Darf die Überimpfung (Frank) einfach gleichgesetzt werden mit der natürlichen Übertragung? Ist es gleichgiltig, ob das infektiöse Material in die kollabierte Urethra des schlaffen Gliedes gebracht wird, oder ob die Gonococcen wie beim natürlichen Akte eine ad maximum entfaltete, kongestionierte, hyperämische Mukosa antreffen? Darf man das Gesundbleiben ohne weiteres den Instillationen zuschreiben? Was schützt diese Männer?, — gibt es eine Immunität? Alle diese Fragen werden eingehend erörtert und lohnt es sich, diese Erörterung sowie den ganzen Aufsatz im Originale durchzusehen.

Diesen negativen (6) stehen positive (67) Resultate — keine Infektion gegenüber; hiervon haben 4 mit notorisch tripperkranken Frauen verkehrt, bei 17 kann die größte Wahrscheinlichkeit einer unreinen Cohabitation angenommen werden. Die Untersuchungsergebnisse decken sich mit den Resultaten der Statistik von R. Loeb, die ein Jahr zuvor veröffentlicht wurden. Verf. faßt seine Erfahrungen dahin zusammen, daß er — im Zusammenhalt mit den statistischen Ergebnissen R. Loebs — die Schutzkraft der mit Miktionsschutz kombinierten Instillationsprophylaxe nicht eben als eine hohe bezeichnen zu können glaubt, wohl aber als eine so beträchtliche, daß man diese Kombination, vorausgesetzt, daß dem Verfahren keine Nachteile anderer Richtung anhaften, empfehlen könnte.

Damit hat Campagnolle den Übergang zum II. Abschnitte gefunden, dessen Leitmotiv ist, Primum, non nocere, was aber leider nicht erfüllt wird durch die irritative Wirkung, die mit der Häufigkeit der Instillationen steigt und wohl von keiner Harnröhre auch bei mäßigem Gebrauch reaktionslos vertragen wird. Es besteht eine sehr variierende Disposition zu diesen chemischen Reizen, eine auffällig schwankende Irritabilität. Als zur Irritabilität disponierende, im Patienten selbst gelegene Momente sind in erster Linie vorausgegangene Urethritiden, welche Fadenbildung hinterlassen haben, zu nennen, vor allem natürlich überstandene Tripper, aber eben so sehr nicht gonorrhoische (extragonorrhoische) Urethritiden, wie unsere Instillationskatarrhe selbst, ferner konstitutionelle Anomalien oder Erkrankungen, chronische Kongestivzustände der Harnröhre. Das Resultat der Reizung ist bei variabler Schmerzempfindung eine neue spezielle Form von traumatischer Urethritis. Ihre wichtigsten und konstanten Merkmale sind das Fehlen von Inkubation und der typische, negative Befund von Mikroorganismen. Es gibt akute, rasch abklingende und chronische, prognostisch ungünstige Fälle mit Neigung zu außerordentlicher Verschleppung und geringer therapeutischer Beeinflußbarkeit. Der Prozeß kann übergreifen auf Posterior und Prostata und Infiltrationsherde setzen. Außer dieser Bedeutung der irritativen Urethritis als selbständiger Erkrankung liegt eine weitere auch darin, daß die durch sie gesetzten entzündlichen Veränderungen der Urethralmukosa diese zu einem außerordentlich günstigen, geradezu präparierten Termin für eine (sei es trotz neuerlicher Instillation oder ohne diese) akquirierte, aufgepfropfte Gonorrhoe gestalten. Die Inkubation und Prodomalzeit ist dann wesentlich abgekürzt; der Verlauf des Trippers selbst verzögert mit Neigung zu Rezidiven und Komplikationen.

Es besteht ferner die Gefahr, daß nicht verheilte Tripper für Reizkatarrh gehalten und weiter verbreitet werden.

Der III. Abschnitt ist gewidmet den bisherigen Publikationen über Resultate der Instillationsprophylaxen von R. Loeb, Michels, v. Dithmar, Blokusewski, Jesionek, Feibes, Welander, Benario, wobei er bemerkt, daß das Verfahren bei der Marine eine Praeabortivbehandlung ist, wendet sich dann zu den anderen Formen der Desinfektionsprophylaxe des Trippers, spez. den Injektionen, die sich durch das prolongierte Verfahren des Vorzugs einer hohen Kontaktsicherheit, des Nachteils größerer Schleimhautirretation erfreuen.

Zum Schlusse erörtert Campagnolle die Gesamtprophylaxe, die eine Kombinationsprophylaxe gegen Lues und Tripper sein müßte, tritt warm ein für die Benutzung der Condome, die bis heute noch den besten Schutz gewähren, bespricht die neueren Versuche (Strebel, Feibes, Richter), die eine doppelte Prophylaxe mit „einer" Schutzwaffe anstreben. Das Ideal einer Gesamt-Kontaktprophylaxe wäre, eine völlig indifferent fettartige Substanz zu finden, die — in die fossa gebracht — stark genug adhärent wäre, um durch die Ejakulation nicht fortgerissen, löslich genug, um durch den Harnstrahl, teilweise wenigstens, ausgespült zu werden. **Steiner-Mannheim.**

Koßmann: Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechtsverkehr raten? (Zeitschr. z. B. d. G. 1905, Nr. 4.)

Dieser Frage, die Marcuse dem männlichen wie dem weiblichen Geschlecht gegenüber bejaht, verhält sich Koßmann ablehnend gegenüber — vom Standpunkt des Gynäkologen. Die Insulte, die durch sexuelle Enthaltung gesetzt werden, werden gedacht als nemomechanische, neuroctermische und psychische. Diese müßten paralysiert werden können durch die unwillkürliche Pollution und durch den durch Masturbation herbeigeführten willkürlichen Samenerguß. Eine Retention dieser Sekrete müßte zu einer Schädigung führen, was K. von der Hand weist, da auch bei den in Abstinenz gehaltenen Haustieren Neurosen nicht beobachtet werden. Die Gesundheitsstörungen sind bei den vermeintlich Abstinenten nicht Folge der Abstinenz, sondern der Masturbation, wenn sie auch negiert wird. Bei der Frau wird weder durch Coitus noch durch Masturbation eine Druckverminderung im Uterus oder Eierstock herbeigeführt, sondern einzig und allein durch Menstruation und Ovulation.

Es resultieren noch die psychischen Störungen durch Abstinenz, die in vereinzelten Fällen vorkommen, die aber durch Ausübung des vom Arzt empfohlenen Coitus keine Herabminderung erfahren, eher eine Steigerung durch den sich häufig nachträglich einstellenden Ekel, namentlich bei religiös veranlagten Gemütern. Dazu gesellen sich der Verzicht auf Heirat, die gesellschaftliche Ächtung im Falle des Ruchbarwerdens, die Abhängigkeit vor ev. Mitwissern und die Furcht vor Konzeption und die bei eingetretener Konzeption erfolgenden Abtreibungsversuche. Es gibt kein sicheres und ungefährliches Schutzmittel für die Frau. Coitus ohne Konzeption führt fast regelmäßig zur metritischen Vergrößerung des Uterus und zur Hyperplasie des Uterus. Dazu kommt noch die Infektionsgefahr.

Es muß darauf hingewirkt werden, die Stärke des Geschlechtstriebes herabzusetzen, und die hemmenden Momente zu stärken. **Steiner**Mannheim.

Hirsch: Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechtsverkehr raten? (Zeitschr. z. B. d. G. 1905, Nr. 4.)

Nach Hirsch rechtfertigen weder theoretische Überlegung noch praktische Anwendbarkeit den Satz, daß es dem Arzte erlaubt ist, dem unverheirateten Weibe den Geschlechtsverkehr zu raten. Seine Ausführungen decken sich mit denen Koßmanns, wobei H. die anerkennenswerte Frage aufwirft, ob der Arzt seinen nächsten weiblichen Verwandten den Coitus unbedenklich empfehlen würde. **Steiner**-Mannheim.

Kampfmeyer: Die Wohnungsmißstände im Prostitutions- und Schlafgängerwesen und ihre gesetzliche Reform. (Zeitschr. z. B. d. G. 1905, Nr. 5 u. 6.)

Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten eines Bezirkes hängt aufs Engste mit der Ausdehnung der kontrollierten und geheimen Prostitution des Bezirkes zusammen. Das Schlafgängerwesen hat keinen nur irgendwie erheblichen und feststellbaren Einfluß auf die Geschlechtskrankheiten. Die Maßnahmen müssen sich auf die eigenartigen Wohnungsmißstände der Prostituierten der deutschen Groß- und Mittelstädte beziehen. Diese müssen darin gipfeln, die Wohnung der Prostituierten in einen möglichst sanitären Prostitutionsbetrieb zu verwandeln, das Wohnen der Prostituierten möglichst wenig auffällig zu gestalten und ihm jeden öffentliches Ärgernis erregenden Charakter zu nehmen. Es gelingt aber keineswegs, in allen Großstädten die Prostituierten in eine Anzahl von Häusern oder in eine Reihe von Unzuchtsstraßen hineinzudrängen. Selbst die kontrollierte Prostitution macht sich schon außerhalb der dem Prostitutionsbetriebe überwiesenen Häuser und Straßen geltend, geschweige denn die geheime Prostitution. Es muß ein Wohnungsgesetz geschaffen werden für die Prostituierten, bei dem die Wohnungspflege von der allgemeinen Polizeitätigkeit zu scheiden ist, das ungefähr folgende Bestimmungen enthält:

„Mietwohnungen, die von Prostituierten bewohnt werden, dürfen sich nicht in der Nähe von Kirchen, Schulen und anderen öffentlichen Gebäuden befinden und sind möglichst außerhalb der verkehrsreichen Straßen und Plätze zu legen. Die an Prostituierte vermieteten Wohnungen dürfen nicht in anstößiger oder nur aufsehenerregender Weise das Prostitutionsgewerbe in die Öffentlichkeit treten lassen. Prostituierte dürfen nur in Einzelwohnungen oder in Familienhaltungen ohne Kinder und Minderjährige aufgenommen werden. In den Wohnungen der Prostituierten dürfen nur ältere Personen (über 40 Jahre) Handreichungen und Hausdienste verrichten. Den Prostituierten muß stets ein eigenes, von der Familienhaushaltung getrenntes Zimmer mit eigenem Bett und ausreichenden Einrichtungen für die Reinlichkeitspflege zur Verfügung stehen."

Eine eingehende sozial- und sanitätsstatistische Untersuchung brachte den Nachweis, daß das Schlafgängerwesen keinen entscheidenden Einfluß auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten hat. Ein völlig unkotrolliertes

Schlafgängerwesen kann aber immerhin eine solche ermöglichen, deshalb fordert Kampfmeyer auch hierfür Wohnungsordnungen mit genauer Begrenzung der Anzahl der aufzunehmenden Personen, Ausschluß der verschiedenen Geschlechter und Vorbestrafter, sowie eine Regelung der hygienischen Vorschriften für die Vermieter, Abweisung von Personen mit ansteckenden Krankheiten. **Steiner**-Mannheim.

Kade: Kurpfuscherei und Geschlechtskrankheiten. (Zeitschr. z. B. d. G. 1903, II.)

Für den Beginn des Gewerbebetriebes eines krankenbehandelnden Nichtarztes müßte polizeiliche Genehmigung eingeholt werden. Die Reklame und briefliche Behandlung müßte verboten werden. Wenn durch das mit Strafandrohung zu unterstützende Verbot der öffentlichen Anpreisung der Heiltätigkeit auch eine Reihe annoncierender Ärzte getroffen werden würde, so könnte dies nur mit Genugtuung begrüßt werden. Der Nichtarzt müßte ein von der Aufsichtsbehörde zu kontrollierendes Journal führen über seine Patienten, deren Angaben über ihre Krankheit, seine Diagnose und Therapie sowie Dauer der Behandlung. **Steiner**-Mannheim.

A. Blaschko-Berlin: **Syphilis und Lebensversicherung.** (Allgemeine Wiener medizinische Zeitung Nr. 9—12, 1904.)

Nach kurzer Erörterung der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, — nach ihr erwirbt sich durchschnittlich ein junger Mann nach fünf Jahren einmal eine Gonorrhoe und in demselben Zeitraum jeder zehnte junge Mann Syphilis — wendet sich der Verfasser zu der Frage der großen Bedeutung der Syphilis für die Lebensversicherung. Trotzdem es noch zur Zeit an dem erforderlichen Material zur exakten Beantwortung fehlt, versucht B. die wichtigsten Fragen zu beleuchten, auf welche es der Lebensversicherung bei der Syphilis ankommt. Es sind dies: 1) Wie groß ist der Prozentsatz der Syphilitiker unter den Versicherten: a) zur Zeit der Versicherung (jeder fünfte Versicherungsnehmer ist syphilitisch), b) wie oft wird Syphilis nach stattgefundener Versicherung erworben? Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit der Prognose der Syphilis: 2) In welchem Prozentsatz der Todesfälle überhaupt muß Syphilis als Todesursache betrachtet werden? 3) In wie vielen Fällen ist die Syphilis als direkte nächste, in wie vielen als indirekte (begünstigende) Todesursache anzusehen? 4) In wie vielen Fällen wird die Lebensdauer durch die Syphilis abgekürzt? 5) Um wieviel wird durchschnittlich die Lebensdauer durch eine voraufgegangene Syphilis abgekürzt? 6) Unter welchen Formen gibt sich der lebensverkürzende Einfluß der Syphilis kund? 7) Von welchen Momenten hängt der mehr oder minder schwere Verlauf der Syphilis im Einzelfalle ab? 8) Läßt sich aus gewissen Anzeichen der mehr oder minder schwere Verlauf der Erkrankung mit Wahrscheinlichkeit vorhersagen?

Die Statistik der tertiären Syphilis ist — ganz abgesehen davon, daß sie aus mehrfachen Gründen unbrauchbar ist — schon deswegen für die Lebensversicherung nicht verwertbar, weil sie sich nicht mit der Lebensdauer beschäftigt. Hier würde vor allem eine statistische Bearbeitung der Akten der

Lebensversicherungsgesellschaften notwendig sein. Verf. bespricht kurz die vornehmlichen totbringenden Krankheitsformen der Syphilis (bezüglich der Tabes teilt er den Erbschen Standpunkt) d. s. Tabes, progressive Paralyse und Aneurisma Aortae. „Man geht wohl nicht fehl, wenn man den Prozentsatz der durch Syphilis bedingten oder mitbedingten Todesfälle unter den Versicherten allermindest zu 5%, unter den großstädtischen Versicherungsnehmern wahrscheinlich sehr viel höher, auf 8 oder gar 10% beziffert." Die Lebensverkürzung durch die Syphilis gibt B. auf 4—5 Jahre an (approximativ). — Die siebente und achte der obigen Fragen läßt sich aus verschiedenen, von B. erörterten Gründen nicht strikte beantworten. Zum Schluß der zu weiteren Forschungen anregenden Ausführungen geht Verauf die Frage ein, wie sich die Lebensversicherungen den Geschlechtskranken, besonders Syphilitikern, gegenüber zu verhalten haben.

Blanck-Potsdam.

O. Mankiewicz-Berlin: „Die Prostatahyperthrophie". (Neuere Anschauungen über ihre Aetiologie und Behandlung). (Medizinische Klinik 1905, Nr. 8.)

Nach Erwähnung der bisherigen Ansichten über die Aetiologie der Prostatahypertrophie, bespricht Verfasser die neuen Arbeiten, welche die Entstehung dieser Affektion auf die chronische Entzündung der Prostata zurückführen. Ausgehend von den Befunden, welche Finger für die chronische Gonorrhoe der hinteren Harnröhre angegeben hat, zeigt M. an der Hand einer Arbeit von Ciechanowski, wie sich die Hypertrophie der Prostata aus der chronischen Entzündung derselben entwickelt.

Die produktiven Bindegewebsprozesse, welche ihren Sitz im Stroma haben und konstant herdförmig auftreten, führen bei ihrer Lokalisation um die Hauptausführungsgänge der Drüsen zur Verengerung und zum Verschlusse derselben, was eine Stauung des Drüseninhaltes und eine Vergrößerung der Drüsenräume zur Folge hat. Diese Vergrößerung wird gesteigert durch gleichzeitige endoglanduläre Prozesse, welche katarrhalischen oder katarrhalisch-eitrigen Karakter haben. Daraus wird geschlossen, daß die Vergrößerung der Vorsteherdrüse fast ausschließlich auf die Erweiterung der Drüsenräume zu beziehen ist; ferner — da die meisten Fälle von chronischen Entzündungsprozessen durch Gonorrhoe bedingt und bei diesen Entzündungen der Prostata sehr häufig sind und da auch die mikroskopischen Befunde von C. bei Prostatahypertrophie mit denen bei chronischer Gonorrhoe ziemlich übereinstimmen —, so ist der Zusammenhang der Prostatahypertrophie mit der chronischen Gonorrhoe „als sehr wahrscheinlich" anzusehen. Diese Ansichten Ciechanowski's werden gestützt durch Arbeiten von Virchow, Rotschild, Daniel Laurence, während Rovsing denselben widerspricht, da nur etwa 10% seiner an Prostatahypertrophie leidenden Patienten Gonorrhoe gehabt haben. (Hier vermißt Ref. den Hinweis auf die Urethritis posterior und Prostatitis, verursacht durch andere Bakterien, wie sie neuerdings öfters beschrieben wurden und die jeder Urologe kennt. Ferner ist die Urethritis posterior mit Colliculitis seminalis und Prostatitis chronica, wie sie bei Sexualneurasthenikern infolge von Onanie, Coitus interruptus und Excessen in venere

sehr oft gefunden werden und lange bestehen, nicht erwähnt). Wichmann erkennt als Aetiologie die Entzündung der Prostata nur für vereinzelte Fälle an.

M. wendet sich dann zur Besprechung der neueren Therapie, wobei er die vesicale Methode der Prostatectomie nach Freyer und die perineale Methode eingehend bespricht. Über einen Nutzen, welche die Therapie aus dieser neuen Erklärung der Aetiologie zog, berichtet M. nichts.

Dr. Pollock-Freiburg i. B.

III. Besprechungen.

Verhandlungen der „Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie". Zehnte Versammlung. Würzburg, 3.—6. Juni 1903. Herausgegeben von M. Hofmeier und J. Pfannenstiel. (Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1904.)

Aus den Verhandlungen, die sich bekanntlich der Hauptsache nach mit Tubargravidität und Prolaps befaßten, ist für die Leser der „Monatsschr. f. Harnkrankheiten" folgendes hervorzuheben:

Franz (Halle) hat bei einer Frau, bei der wegen Carcinoms Totalexstirpation des Uterus nötig wurde, $4^1/_2$ Monate nachher Implantation des Ureters in die Blase vorgenommen. Die Blase wurde nach Freilegung des Ureters hochgezogen, fixiert, eine Öffnung gemacht und der Ureter, durch dessen Ende ein Faden gelegt war, mit diesem so eingenäht, daß die Nadel bis gerade oberhalb der Blasenschleimhaut durchgeführt wurde; über dem Ureter wurde dann die Blase noch durch einige Knopfnähte, die den Ureter nicht mit faßten, zu einem Kanal vereinigt. Die Pat. starb an Pneumonie, und die Einpflanzungsstelle des Ureters wurde mikroskopiert; es zeigte sich keine Spur entzündlicher Veränderung. Die Mündungsstelle zeigt sich jedesmal nur als ein kleines, der Ureterpapille ähnliches Grübchen, die Implantation macht jedesmal, wie auch Stöckel in der Diskussion betont, eine vorübergehende Hydronephrose. Asch legt nur zwei Fadenzügel durch das Ureterende und zieht sie durch die Blase zur Urethra heraus, nachdem die Blase oder Scheide über der Implantationsstelle vereinigt sind.

Baisch (Tübingen) spricht über „Aetiologie und Prophylaxe der postoperativen Cystitis". Sie hat bisher viel zu wenig Beachtung gefunden. Gegenwärtig stehen sich zwei Anschauungen bezüglich der Ätiologie gegenüber, nämlich die, daß einerseits die Einschleppung infektiösen Sekretes durch den Katheter, andererseits die Immigration der Darmbakterien (Bact. coli) die Ursache sein soll. B. suchte nun möglichst die bei der Cystitis vorkommenden Bakterien festzustellen und zu indentifizieren. Dabei ergab sich Folgendes: Meist beginnt die Cystitis am 4., 5. oder 6. Tag p. op.; in den Plattenkulturen fand sich vorwiegend Staphyloc. albus, seltener aureus, fast nie Colibacterium; dies tritt erst nach einigen Tagen auf, wenn weiter katheterisiert wird, die Staphyloc. treten mehr und mehr zurück und endlich handelt es sich nur um Reinkulturen von Bact. coli; letzteres ist

nicht der Erreger, sondern die Coliinvasion stellt eine sekundäre Einwanderung dar. Dasselbe scheint auch für die Pyelonephritis zu gelten. Die Cystitiserreger sind also in erster Linie Staphylococcen; diese sind regelmäßige Bewohner der Harnröhre bei den operierten Frauen, ebenso wie Bact. coli. Für Entstehung der Cystitis ist aber noch ein weiteres Moment nötig, das Trauma und zwar in erster Hinsicht die bei gynäkologischen Operationen oft unvermeidlichen Zerrungen und Ablösungen der Blase.

Was nun die Prophylaxe angeht, so sind die mit dem Katheter unvermeidlich eingebrachten Keime durch Injektion desinfizierender Lösungen unmittelbar nach jedem Katheterismus abzutöten. Die Abtötung gelingt nicht immer, aber die Lösungen üben einen Reiz aus, wodurch bald spontane Urinentleerung ausgelöst wird; damit ist eine wesentliche Bedingung für die Entstehung des Blasenkatarrhs ausgeschaltet. Zur Injektion am Abend des Operationstages werden 20 ccm 2% Borglycerins verwendet und zwar geschieht die Einspritzung ohne vorherige Katheterisation mit Nélaton-Katheter und Stempelspritze in die volle Blase; fast regelmäßig tritt nach 5—10 Minuten Entleerung ein. Nicht von Erfolg begleitet ist die Methode nach der eingreifenden Wertheim'schen Operation. **Vogel**-Aachen.

George M. Phillips and forty distinguished authorities: Prostatic Hypertrophy from every surgical standpoint. Edited and compiled by S. C. Martin. (The Ajod Company, St. Louis.)

Das vorliegende Buch soll den Arzt mit den modernen Ansichten über das Wesen, Ursache und Behandlung der Prostatahypertrophie vertraut machen. Dazu hat der Herausgeber eine Umfrage bei 40 der bedeutendsten Chirurgen und Spezialärzte Amerikas veranstaltet. Zur Beantwortung lagen 14 Fragen vor: 1. Welchen Anteil hat die Beschäftigung an dem Entstehen der Prostatahypertrophie? 2. Welche Menschen erkranken am häufigsten, die plegmatischen oder nervösen, die mageren oder fetten? 3. Ätiologie der Krankheit? 4. Welche Dienste leistet das Cystoskop für die Diagnose und welches Instrument verdient den Vorzug? 5. Welchen Einfluß haben Gewohnheiten, insbesondere Alkoholismus und Constipation auf die Entstehung der Krankheit? 6. Für welche Fälle eignet sich die palliative Behandlung und worin besteht diese? 7. Erfahrungen mit der Ligatur des Vas deferens? 8. mit der Kastration? 9. mit der Bottini'schen Operation? 10. mit der suprapubischen Drainage? 11. mit der Prostatectomia suprapubica? 12. mit der Prostatectomia perinealis? 13. Operation der Wahl? 14. Komplikationen während und nach der Operation? — Wir versagen es uns, alle Ärzte namentlich anzuführen, die Beiträge geliefert haben, wir nennen nur ohne jede Auswahl: Morris, Murphy, Park, Fuller, Otis, Beck, Ferguson, Eastman, Guiteras, Lewis, Valentine etc. Eine kurze Einleitung über die Anatomie und Physiologie der Prostata führt in das interessante Büchlein ein. Die Lektüre gewährt reichlichen Gewinn für den Leser und es wäre zu wünschen, daß ähnliche Umfragen über aktuelle Fragen der Medizin auch in anderen Ländern veranstaltet und in Buchform einem größeren Leserkreis zugänglich gemacht würden. Solche Unternehmen würden für die Vertiefung

der ärztlichen Bildung von großem Werte sein und theoretische Fortbildungskurse ergänzen und z. T. ersetzen. — Ausstattung und Druck lobenswert.

Blanck-Potsdam.

Dr. Schuster: Die Syphilis, deren Wesen, Verlauf und Behandlung, nebst kurzer Besprechung des Ulcus molle und der Gonorrhoe. 4. Auflage. (Berlin 1903. Verlag von Richard Schoetz.)

In diesem Jahre erschien die vierte Auflage der bekannten Arbeit über die Syphilis, ihr Wesen und Behandlung. Es würde sich erübrigen, bei den vielen, besonders in letzter Zeit erschienenen Arbeiten über dieses Thema auf dieses Werk hinzuweisen, wenn wir nicht gerade eine so ausgezeichnete sachliche und eingehende Darstellung der uns interessierenden Krankheit vor uns hätten. Die sehr lesenswerte verdienstliche Arbeit entstammt der Feder eines Kollegen, der, aus dem Schatze seiner über 30jährigen Erfahrung schöpfend, in gründlicher Darstellung uns ein anschauliches Bild über das Wesen der Syphilis entwirft. Nachdem der Verfasser das S. virus und sein Auftreten in Europa einer Besprechung unterworfen, den Standpunkt des Unitarier und Dualisten in Kürze gewürdigt, geht er auf den Verlauf der primären Affektion über, den er in klarer und sehr verständlicher Weise beschreibt. Besonderen Dank verdient der Autor durch seine Darstellung der Nervensyphilis, der er als dem „Brennpunkt der Nervenkrankheiten" einen breiteren Raum widmet und so dadurch das Werk zu einem besonders wertvollen macht. Am Schlusse des Ganzen bringt der Verfasser eine vergleichende Zusammenstellung der Symptome der vier großen Gehirnrückenmarkskrankheiten: Tabes, Multiple Herdsclerose, progressive Paralyse und disseminierte syphilitische Neubildungen. Durch eine kurze und doch verständliche Beschreibung des Ulcus molle und der Gonorrhoe, besonders des von ihm vertretenen Standpunktes über die Behandlung des gonorrhoischen Rheumatismus, mit der er das Werk schließt, hat der Verfasser auch in dieser Hinsicht dem Wissensdurste des studierenden Arztes genügt. Die Arbeit ist in jeder Hinsicht zu empfehlen.

Chrzelitzer-Posen.

J. K. Proksch-Wien: Beiträge zur Geschichte der Syphilis. (Bonn, P. Hanstein's Verlag. 1904.)

In der vorliegenden Arbeit gliedert der berühmte Wiener Historiker seine Beiträge zur Geschichte der Syphilis in drei Abschnitte. In dem ersten, „Die Syphilis-Endemieen und die Epidemie" betitelten, behandelt der Verfasser die drei, als Radesyge, Skerlievo und Spyrokolon bekannten Endemieen des XVIII. und XIX. Jahrhunderts, da „zum Verständnis der ältesten Syphilographen überhaupt und besonders zur richtigen Beurteilung der von einigen erwähnten Epidemie zu Ende des XV. und anfangs des XVI. Jahrhunderts zwar die genauere Kenntnis der gesamten einschlägigen Literatur, vorzüglich aber die über die bisher sogenannten Syphilis-Endemieen im XVIII. und XIX. Jahrhundert von eminentester Wichtigkeit ist." Wenn es noch vor nicht mehr als 50 Jahren möglich war, — und dies sucht P. an der Hand der Literatur nachzuweisen — daß die Syphilis-Endemieen dadurch bestanden haben, weil Ärzte, Beamte und Laien die Syphilis mit allen erdenk-

lichen Exanthemen vermengt haben, so ist es doch nicht unmöglich anzunehmen, daß bereits vor mehr als 400 Jahren die Syphilis-Epidemie auf die gleiche Weise entstanden sein kann. Demnach „hat die Syphilis-Epidemie in Wirklichkeit niemals existiert; obwohl sie seit mehr als 400 Jahren bis auf den heutigen Tag in der einschlägigen Literatur vieltausendmal beschrieben oder doch erwähnt wird." — Der zweite Abschnitt handelt über „die Semiotik der ältesten Syphilographen." Wie wenig es berechtigt ist, an der Hand der ältesten Syphilographen zu der Annahme zu gelangen, daß die Krankheit zu jener Zeit einen ganz außergewöhnlichen Charakter gezeigt habe, sucht Verf. durch eine summarische Betrachtung der damals allgemein geltenden Symptomatologie, insbesondere der von Paracelsus beschriebenen, zu beweisen. „Es ist durchaus unwissenschaftlich, anzunehmen, daß sich die Syphilis zu Ende des XV. und anfangs des XVI. Jahrhunderts unter anderen Formen gezeigt habe, als gegenwärtig." — Im dritten Abschnitt schließlich ergeht sich P. über „die Sage vom amerikanischen Ursprunge der Syphilis." Da „bei dem amerikanischen Ursprunge der Syphilis der Hauptgrund des Irrtums in der Unkenntnis oder in der zu beschränkten und unrichtigen Auffassung des Entwicklungsganges beruht," sucht diesen der Verf. in möglichster Kürze und Objektivität darzustellen. Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Das Verzeichnis der benutzten Literatur ist angefügt.

Blanck-Potsdam.

Ad. Alf. Michaelis: Der Schmerz, ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel. (Leipzig 1905, Verlag der Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene, W. Malende. Preis 3 Mark.)

Inhaltsangabe:

Einleitung. Der Schmerz in poetischer und philosophischer Beleuchtung; seine teleologische Bedeutung und Stellung zu der belebten Natur. Dichterische Umkleidungen, philosophische Sinnsprüche und ärztliche Aussprüche über den Schmerz. — I. Zur Physiologie des Schmerzes. Allgemeine Vorbemerkungen. — Was ist Schmerz? — Wie und wo entsteht der Schmerz? — Hat der Schmerz eine bestimmte Qualität? — Die Ursache des Schmerzes. — II. Pathologisches über den Schmerz. Diagnostik des Schmerzes. — Charakteristik der verschiedenen Schmerzformen. — Schmerz-Prognosen. — III. Semiotik. Spezielle semiotische Betrachtung der einzelnen Schmerzarten: 1. Kopfschmerz. 2. Haarschmerz. 3. Hinterhauptschmerz (Nackenschmerz). 4. Ohrenschmerz. 5. Augenschmerz. 6. Gesichtsschmerz. 7. Mundhöhlenschmerz. 8. Zahnschmerz (und Zahnfleischschmerz). 9. Zungenschmerz. 10. Schlundschmerz. 11. Halsschmerz. 12. Brustschmerz. 13. Brüsteschmerz. 14. Herzschmerz. 15. Magengrubenschmerz. 16. Bauchschmerz. 17. Rückenschmerz. 18. Kreuzschmerz. 19. Mittelfleischschmerz. 20. Harnröhrenschmerz. 21. Mastdarmschmerz. 22. Knieschmerz. 23. Wadenschmerz. 24. Fußschmerz. 25. Fingerschmerz. 26. Gelenkschmerz. 27. Gliederschmerz. 28. Wehenschmerz. 29. Wachstumsschmerz. 30. Adipositas dolorosa. — Erklärung einschlägiger Fachausdrücke.

In drei Teilen behandelt Verfasser den Schmerz, für den Leidenden meist die unangenehmeste Krankheitserscheinung, für den Arzt ein wichtiges

Hülfsmittel zur Erkennung der vorliegenden Krankheit. Im I. Teile behandelt Michaelis die Physiologie, im zweiten Teile die Pathologie, im dritten die Semiotik des Schmerzes. Der letzte ist für den Arzt der wichtigste Teil. Alle bekannten Schmerzarten werden eingehend beschrieben vom Kopfschmerz bis zu den Zehenschmerzen und ihre Bedeutung für die Krankheitserkennung eingehend gewürdigt. So bildet das Buch eine wertvolle Ergänzung zu den bestehenden Lehrbüchern der Diagnostik, in denen die sogenannten objektiven Methoden über die subjektiven, auf Gefühlsangaben des Kranken beruhenden, stets überwiegen. Das eine tun, das andere nicht lassen, dürfte hier die beste Richtschnur für den Arzt abgeben. Neben einer gründlichen Kenntnis der objektiven Untersuchungswege, wird eine genaue Bekanntschaft der Schmerzarten dem Arzte ein gutes Hülfsmittel zur Erkennung krankhafter Störungen sein. War doch die eingehende Bekanntschaft der Klagen des Kranken das wichtigste Erkennungsmittel der alten Ärzte von Hippokrates bis Hufeland, an deren Sprachweise die Schrift Michaelis vielfach erinnert. Trotz der Reichhaltigkeit der dreißig Kapitel, in denen die verschiedensten Schmerzarten abgehandelt werden, ist in der Arbeit der Zusammenhang zwischen Liebesleben und Schmerzempfindung nicht besprochen. Ein Abschnitt Schmerzgeilheit fehlt. — Alles in allem: ein eigenartiges Werk, wie es auf dem deutschen Büchermarkte meines Wissens bisher noch nicht existierte.

W. Hammer-Berlin.

IV. Notizen.

VII. Deutscher Samaritertag. Bei der Tatsache, daß zwei der bedeutenden Ärzte Deutschlands, die Herren Professoren von Esmarch und von Bergmann, auf dem am 1. und 2. Juli in Kiel stattfindenden Samaritertag Vorträge halten und ihre Erfahrungen mitteilen werden, durfte man schon erwarten, daß der Versammlung das größte Interesse entgegengebracht würde. Die zahlreich eingegangenen Anmeldungen zum Samaritertag sind denn auch ein Beweis dafür. Zugleich geben sie ein schönes Zeugnis dafür ab, daß trotz unserer materiellen Zeit, in gewissem Sinne wohl auch „als eine natürliche Reaktion auf dieselbe", Bestrebungen praktischer Menschenliebe noch immer einen guten Boden finden. Und wenn letztere von so sachverständigen Männern geleitet und gefördert werden, so ist auch der Erfolg gesichert, wie er in der stetig wachsenden Bedeutung des Deutschen Samariter-Bundes zum Ausdruck kommt. — Wir wünschen, daß die ersprießliche Tätigkeit des Deutschen Samariter-Bundes, die sowohl auf dem Gebiete der ersten Hilfe bei Unglücksfällen, als auch auf dem der Krankenpflege bisher schon so viel Nützliches, zum Teil ganz neue Einrichtungen geschaffen hat, auch weiterhin von gleichen Erfolgen begleitet sein möge.

SANATOGEN

wirksamstes Kräftigungsmittel
und
zuverlässiges Nerventonicum

Indiciert bei

Sexual-Neurasthenie

Impotenz, Syphilis und Quecksilber-Kachexien
sowie Erschöpfungszuständen aller Art.

Den Herren Aerzten Literatur und Proben gratis und franco
von **BAUER & Cie.**, Sanatogenwerke, **Berlin SW. 48.**

Unguentum Heyden

Salbe aus **Calomelol** zu **antisyphilitischen** Schmierkuren *(Neisser)*. Nicht färbend, nicht beschmutzend. Leicht einreibbar (höchstens 15 Min.). Einzeldosis 6 g.

In graduierten Schieberöhren zu 60 und 30 g; letztere entsprechen dem üblichen Turnus von 5 Einreibungen. Verordnung in Einzelpackungen wegen Subtilität der Salbe zu vermeiden.

Calomelol

(Kolloidales Kalomel.) Ersatz für Kalomel als innerliches **Antisyphilitikum** in Tabletten zu 0,01 g, Streupulver auf **Schanker, syphilitische Geschwüre.** Weniger giftig als Kalomel.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Fersan

(Jolles)

Eisen- und phosphorhaltiges Nähr- und Kräftigungsmittel.

Fersan in Pulverform.
Fersan in Pastillenform.

Jod-Fersan-Pastillen für Erwachsene
(in Original-Kartons zu 100 Stück).
Kal. jod. 0.05, Fersan 0.2.
D. S. 2mal tägl. je 3—6 Pastillen, je nach der Indikation.

Jod-Fersan-Schokolade-Kinder-Pastillen
(in Original-Kartons zu 50 Stück).
D. S. 2mal täglich je 2—4 Pastillen.

Fersanwerk Wien IX
Berggasse 17.

Erhältlich in allen Apotheken.

Den Herren Ärzten Literatur und Proben gratis und franko!

Novargan

Reizlosestes Antigonorrhoikum unter den **Silberpräparaten.** Ueberlegene keimtötende Wirkung. Für Injektionen, 0,25—1%ige Lösung. — In **frischen Fällen** (zur Abortivbehandlung 1—3%ige Lösung (10 cm³) zu Injektionen oder 15%ige Lösung (0,5 cm³) zu Instillationen. — Lösung **kalt** bereiten; darf für Blasenspülung auf 40° erwärmt werden.

Xeroform

Bester Ersatz für Jodoform.

Eminent austrocknend, ungiftig, nicht reizend. Desodorisiert selbst jauchige Sekrete. **Spezifikum bei nässenden Ekzemen, Intertrigo, Ulcus cruris, Verbrennungen.**

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Sapolentum Hydrarg. Görner

zur farblosen Quecksilber-Schmierkur

ist in Gelatinekapseln dispensierte 33⅓% Quecksilbersalbe löst sich in Wasser.
Der Körperteil ist nach der Bearbeitung

farblos, sauber und geruchlos.

Bewährter Fortschritt!

Hauptvorzüge gegen Unguentum cinereum:
Unveränderliche Haltbarkeit und **Kontrolle** des **Masseurs.**
Ambulante Behandlung ohne Berufsstörung des Patienten.
Zuverlässige Wirkung, welche von Dr. Max Josef klinisch erprobt, in wissenschaftlichen Arbeiten besprochen und von Dr. A. Blaschko und vielen anderen Autoritäten lobend anerkannt ist.
(Derm. Centralbl. 1898 No. 6. Dtsch. Ärzte-Ztg. 1900 H. 8 und 1901 H. 2. Berl. klin. Wochenschr. 1900 No. 51 und 52. Lehrbuch d. Geschlechtskrankheiten, Dr. Max Joseph, III. Aufl. 1901).
Preis für 1 Schachtel mit je 10 Kapseln: à 3 gr. = 1.50, à 4 gr. = 1.75, à 5 gr. = 2 M., wie ungt. ciner. in Papier.
Zu beziehen durch alle Apotheken oder direkt von

Görner, Hofapotheker, Berlin W., Ansbacherstr. 8.

Kein Vehikel befördert die Resorption wie **VASOGEN**

Jod-Vasogen 6% u. 10%.	**Hg.-Vasogen-Salbe** 33⅓% u. 50%.
Innerlich und äußerlich an Stelle von Jodkali und Jodtinktur. Schnelle Resorption, energische Wirkung; keine Nebenwirkungen; keine Reizung und Färbung der Haut.	enthält das Hg. in feinster Verteilung, wird schnell und vollkommen resorbiert, daher kein Beschmutzen der Wäsche, unbegrenzt haltbar und billiger als Ung. ciner.
30 gr. Mk. 1.—, 100 gr. Mk. 2.50.	In Gelat.-Kaps. à 3, 4 u. 5 gr.

Da wertlose Nachahmungen vorhanden, bitten wir, stets unsere Original-Packung („Pearson") zu ordinieren.

Vasogenfabrik Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg.

Anthrasol.

Gereinigter, farbloser Teer.

Anthrasol ist ein leichtflüßiges, hellgelbes Öl mit spezifischem Teergeruch, wird schnell resorbiert und besitzt größere Tiefenwirkung als gewöhnlicher Teer. Anwendung: wie Steinkohlenteer bei Ekzem, Pruritus, Lichen, Scabies usw.

Literatur und Muster zu Diensten.

Knoll & Co., chemische Fabrik, Ludwigshafen a. Rh.

Rheumasan, Tube 2,00 Mk.; Topf 1,25 Mk. (10% Salicylsäure.)
Ester-Dermasan, Tube 2,50 M; Topf 1,50 M. (10% Salicylsäure und 10% Ester.)
Deutsche Reichs-Patente.
Tiefwirkende Salicyl- u. Salicyl-Ester-Salbenseifen. **Pityriasis,**
Promt wirkend bei chronischen Ekzemen: **Psoriasis,**
Ferner erprobt bei: Rheumatismus, Gicht, Ischias. **Tylosis;**
Ester-Dermasan-Vaginal-Kapseln 10 Stück 2,00 Mk. bei Perimetritis, Parametritis, Oophoritis.
Literatur, Proben kostenlos.
Chemische Werke **Fritz Friedlaender,** G. m. b. H., **Berlin 64.**

Praktischen Ärzten sowie städtischen, Polizei-Verwaltungen, Wohlfahrts-Gesellschaften pp. zur Anschaffung empfohlen:

„Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene".

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter herausgegeben von Dr. med. Karl Ries in Stuttgart, Kanzleistr. 1.

I. Jahrg. 1904 komplett geheftet M. 8.—, in elegantem Ganzleinenband M. 10.—.

Der I. Jahrgang 1904 brachte:

43 Originalartikel, 121 Referate, 27 Bücherbesprechungen sowie eine Reihe kleiner Notizen aus der Tagesgeschichte etc.

Ausführliches Inhalts-Verzeichnis (Sach- und Namen-Register) vom I. Jahrgang 1904 wird auf Wunsch überallhin gratis und portofrei versendet.

Die eleg. Einbanddecke zum I. Jahrgang ist für 1,25 Mk. zu haben.

Medizinische Novitäten,

die in ärztlichen Kreisen Aufsehen erregten und von der gesamten Fachpresse eingehend beurteilt wurden:

Darf der Arzt zum ausserehelichen Geschlechtsverkehr raten? Von Dr. med. **Max Marcuse,** Spezialarzt für Dermatologie in **Berlin.** Preis **M. 1.50.**

Die gesundheitlichen Gefahren geschlechtlicher Enthaltsamkeit. Dargestellt von Dr. med. **Wilhelm Hammer,** approb. Arzt in **Berlin.** Mit zwei Abbildungen. **Preis 80 Pf.**

Verlag der Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.
W. Malende in Leipzig.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Mitinum purum.

Eine überfettete
Emulsion mit hohem Gehalt
an serumartiger Flüssigkeit.

Basis
für

Salben u. Pasten.

Dr. Jessner's Mitin-präparate

Fabrikanten:
Chemische Fabrik
Krewel & Co.
G. m. b. H.
Cöln a. Rh.

Literatur
und Proben auf
Wunsch.

Mitinum cosmeticum
(Mitincream)

Geschmeidig, spielend leicht in die Haut eindringend, fein parfümiert. Zur Einfettung und Reinigung der Haut. Vorzügliches Kühlmittel.

Kassenpackung:
Büchse à 25 Gramm:
25 Pfg.

Pasta Mitini
(Mitinpaste)

Beim Verstreichen hautfarbig. **Rein** statt Zinkpaste etc. bei allen leichten Entzündungsprozessen der Haut. Zum Schutze empfindlicher Hände. **Basis** für alle in Pastenform verordnete Medikamente.

Kassenpackung:
Büchse à 20 Gramm
25 Pfg.

Mitinum mercuriale
(Mitin Hydrargyrum)

33⅓% Hydrargyrum vivum.
Wenig färbend, in
5 Minuten zu verreiben.
Sehr wirksam.

Kassenpackung:
Glasröhre à 30 Gramm:
70 Pfg.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig. — Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—) Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 3.

Heft 7. **Juli 1905.** Jahrgang II.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten:

1. *Dr. Robert Lucke-Magdeburg:* „Über Novargan."
2. *Dr. Josef Barabàs:* „Die Behandlung der Bubonen nach der Porosz'schen Methode."
3. *Dr. M. A. Stern:* „Über sexuelle Neurasthenie."
4. *Dr. Blokusewski-Niederbreisig a. Rh.:* Erwiderung auf Dr. Große's Arbeit „Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten." (Jahrgang II, Heft 6 dsr. Ztschrft.)

II. Referate:

1. *Fr. Rosenbach:* „Zur pathologischen Anatomie der Gicht."
2. *M. Löhlein:* „Über Fettinfiltration und fettige Degeneration der Niere des Menschen."
3. *Alexander Raphael:* „Über eine empfindliche Methode zum Nachweis von Gallenfarbstoff im Harn."
4. *C. Strzyzowski:* „Eine praktisch leicht ausführbare Harnprobe bei Diabetes."
5. *O. Moritz:* „Zur Kenntnis der Eiweiskörper im nephritischen Urin."
6. *W. v. Grot:* „Zur Kasuistik der Penisverletzungen."
7. *P. A. Baratynski:* „Zur Frage von der nachfolgenden Behandlung der Harnblasenwunde beim hohen Steinschnitt."
8. *G. Nicolich-Triest:* „Über die verschiedenen klinischen Formen der Prostatahypertrophie und über ihre Behandlung."
9. *Follen-Cabot:* „The Cystoskope as an aid in genitourinary surgery."
10. *Dr. Mortier:* „Die spät auftretenden Erscheinungen der Prostatahypertrophie."
11. *Dr. Julius Vogel-Berlin:* „Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der Nierenerkrankungen."
12. *Karl Bartscht:* „Ein Beitrag zur Lehre vom Koma diabetikum als Säureintoxikation."

13. *F. Hirschfeld-Berlin*: „Zur Prognose des Diabetes."
14. *C. Posner* und *L. Rapoport:* „Prostatasekret und Prostatitis. Ein Beitrag zur Entzündungsfrage."
15. *Langstein:* „Beiträge zur Kenntnis des Diabetes mellitus im Kindesalter."
16. *A. Freudenberg-Berlin:* „Ein neues Ureterenkystoskop für den Katheterismus eines oder beider Ureteren."
17. *J. Wallerstein*: „Über die fistula urethrae penis congenita vera."
18. *Max Dapper*: „Über die Behandlung des Diabetes mellitus mit dem Geheimmittel „Djoeat".
19. *A. Hermann*: „Zur operativen Behandlung des Kryptorchismus."
20. *D. N. Rosnatowski*: „Beitrag zur Frage der totalen Exstirpation der Prostata."
21. *Dr. Tada Urata*: „Experimentelle Untersuchungen über den Wert des sogen. Crédé'schen Tropfens."
22. *M. N. Moskalew-Kiew:* „Experimentelle Überimpfungen von Gonococcen auf kleine Laboratoriumstiere und serotherapeutische Versuche.
23. *C. Ströhmberg*: „Die Abnahme der Gonorrhoe bei den Dorpater Prostituierten seit dem Jahre 1898."
24. *Dr. Karl Flügel-Frankfurt a. M.*: „Über Rectalgonorrhoe bei Vulvovaginitis infantum."
25. *Svoboda*: „Ein Fall von Hermaphroditismus bei einem Kinde."
26. *Thimm-Leipzig*: „Vasenol — eine neue Arznei — Mittelgrundlage für Salben, Pasten und Injektionsflüssigkeiten."
27. *P. I. Tichomirow-Kasan*: „Über einen Fall von multipler Neuritis syphilitischen Ursprungs."

III. **Besprechungen:**

1. *Jos. Englisch (Wien):* „I. Über Praeputialsteine."
   Derselbe: „II. Über eingelagerte und eingesackte Steine der Harnröhre."
   Derselbe: „III. Über eingesackte Harnsteine. Steine des prostatischen Teiles der Harnröhre."
   Derselbe: „IV. Über Pfeifensteine."
   Derselbe: „V. Eingesackte Steine der Harnblase."
2. *Dr. Georg Flatau:* „Die Tabes dorsalis."
3. *Katharina Scheven:* „Denkschrift über die in Deutschland in Bezug auf das Bordellwesen bestehenden Verhältnisse und über seine sittlichen, sozialen und hygienischen Gefahren."
4. *Magnus Hirschfeld:* „Das Ergebnis der statistischen Untersuchungen über den Prozentsatz der Homosexuellen."
5. *Magnus Hirschfeld's* „Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen".
6. *Paul Richter:* „Die Entwicklung der Dermatologie in Berlin".
7. *v. Frisch* und *Otto Zuckerkandl*: „Handbuch der Urologie."

IV. **Notizen:**

Dr. Wolff-Metz: „Verwendung des Gonosan bei Urogenital- speziell der Blasentuberkulose".

I. Originalarbeiten.

Ueber Novargan.

Von **Dr. Robert Lucke** in **Magdeburg.**

Über die Abortivbehandlung der Gonorrhoe mit Novargan habe ich im vorigen Jahre in dieser Monatsschrift berichtet und nach wie vor kann ich das Verfahren nur empfehlen. Ich will noch hinzufügen, daß selbstverständlich die Aussichten auf Erfolg um so geringer werden, je mehr Zeit seit der Infektion verstrichen ist und daß Fälle, die auch einige Zeit nach der Ansteckung noch geringfügige Sekretion zeigen, durchaus nicht gute Ansichten für die Abortivbehandlung bieten, wie man von vornherein anzunehmen geneigt ist. Wie nämlich die Erfahrungen mit Novarganinjektionen gezeigt haben, sind diese Fälle überhaupt die am wenigsten zur Novarganbeeinflussung paßenden. Fälle dagegen, die sehr schnell stärkere Reizerscheinungen in der vorderen Röhre bekommen, werden natürlich, wenn sie auch sonst wohl geeignet sind zur Novarganabortivbehandlung, doch sehr leicht die Fortsetzung der Kur unmöglich machen. In solchen Fällen kann man mit schwächeren Lösungen von 5% an beginnen. Im übrigen sei erwähnt, daß ich stets die Flüssigkeit in der Röhre zurückhalten und etwas verstreichen lasse.

Was nun die Verwendung des Novargan zu Injektionen beim akuten Tripper anlangt, so ist auch für diesen Zweck das Mittel zu brauchen, wenn man nicht außer Acht läßt, daß es etwa im Durchschnitt 30% aller Fälle sein mögen, die zur Novarganbehandlung ungeeignet sind; ungeeignet insofern, als sich bald Reizerscheinungen (Schmerzen in der U. anterior, frühzeitige Trübung auch des II. Harns und, dieser folgend, Reizerscheinungen, wie bei Urethritis posterior acuta bekannt) einstellen. Es sind durchgängig Fälle, die urethroskopisch nachher die sog. weiche Infiltration Oberlaenders darbieten. Diese Feststellung halte ich für ganz wertvoll. Im übrigen rate ich so zu behandeln, daß mit $^1/_5$% Lösung begonnen und allmählich mit der Konzentration gestiegen wird. Ich kann da auf die bekannten Vorschriften Neissers und seiner Schüler für Protargol verweisen, nur ist öfters eine Steigerung über $^1/_2$% nicht nötig und nicht nützlich. Wie man sich im Einzelfall zu stellen hat, läßt sich nur aus dem Fall selbst ersehen. Unterwirft man die oben angeführten Fälle nicht oder doch nur mit größter Vorsicht der Novarganbehandlung, so wird man vorzügliche Er-

folge erzielen, insbesondere sehr zufrieden sein mit der Seltenheit der Urethritis posterior, deren mit hochgradigen Reizerscheinungen einhergehende Form so gut wie nicht vorkommt. — In der IV. Woche ist es ratsam, zwischen die Novarganinjektionen andere einzuschieben. Dazu eignen sich z. B. Arg. nitr., Ichtharpan und Hydrogenium peroxydatum-Injektionen, anfangs natürlich in schwachen Lösungen. Namentlich die mit letztgenanntem Mittel sind recht empfehlenswert, aber freilich ist das reine Wasserstoffsuperoxyd von Merck unangenehm teuer. Wenn nun, was in der Regel nicht mehr als 4—6 Wochen erfordert, Gonococcen dauernd nicht mehr zu finden sind, so ist der Fall als von der Gonorrhoe geheilt anzusehen, dagegen findet man ihn durchaus nicht sicher urethroskopisch normal, mit andern Worten: es kann eine Urethritis ohne Gonococcenbefund zurückgeblieben sein. Ob diese U. unbedingt in jedem Falle einer Behandlung im Oberlaender'schen Sinne unterworfen werden sollte, ist schwer zu sagen, jedenfalls bin ich durchaus entfernt zu glauben, daß jede Röhre, die urethroskopisch krank ist, wo aber Gonococcen nicht nachweisbar sind, doch noch — wie Oberlaender will — gonorrhoisch krank und infektionsfähig ist. Den exakten Beweis für diese Ansicht ist Oberlaender durchaus schuldig geblieben. Bei der von ihm beliebten Behandlung des akuten Trippers mit Adstvingentien hat man allerdings leicht einmal das Vergnügen, nach einer Dehnung die vorher nicht mehr gesehenen Gonococcen wieder auftreten zu sehen. Aber sobald man erst dehnt, wenn 14 Tage lang auch ohne jede Therapie keine Gonococcen mehr aufzufinden waren — und das erlaubt uns die Novarganbehandlung, — so wird man vergebens durch Dehnungen sich bemühen, Gonococcen mobil zu machen, trotzdem das Urethroskop die Röhre verändert zeigt. Damit halte ich diese grundsätzlich wichtige Frage zu Ungunsten Oberlaenders für entschieden. Er sagt „(Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre", Teil I. Leipzig 1901, S. 3): „Man hat von bestimmter Seite den Gedanken gehabt, durch die sogenannte bactericide Methode der Behandlung eine definitive Heilung jeder akuten Gonorrhoe zu stande bringen zu wollen. Es waren das ja ganz plausibel erscheinende Gedanken, welche man am Mikroskop und Brutschrank mit Hilfe von industriellen Chemikern zu Papier brachte, Gedanken, welche aber von denen, die jahrzehntelange Erfahrungen in der Behandlung der chronischen Gonorrhoe hatten, von vornherein in der Praxis als absolut unhaltbar erkannt und zum Teil auch gekennzeichnet wurden." Jede akute Genorrhoe kann man, wie wir gesehen, allerdings nicht mit Novargan zur Heilung bringen, man

mußte der individuellen besonderen Reizbarkeit wegen, die wie gesagt, die Harnröhrenschleimhaut dem Mittel gegenüber nicht so selten zeigt, zu schwache Lösungen anwenden, dagegen ist die Mehrzahl der Fälle von akutem Tripper durch Novargan im Sinne der Unfähigkeit, weiter Gonococcen zu übertragen, heilbar. Und gesetzt, es wären die öfters zurückbleibenden urethroskopisch nachweisbaren Veränderungen wirklich noch gonorrhoisch-infektiös, kann sie denn Oberlaender in jedem Falle beseitigen? Kann er dauernd, nicht bloß für einige Monate, die Harnfilamente beseitigen? Nach anderen Maßnahmen, u. a. Prostatamassage, bringen Spülungen von hinterer Röhre und Blase mit Arg. nitr. die Fäden in der Regel zum Verschwinden, aber auf wie lange? Und das wiederholt sich nicht bloß 2 oder 3 Mal, sondern beliebig oft.

Es wäre wirklich sehr wünschenswert, wenn O. und seine Schüler einmal statistisch nachwiesen an einer lückenlosen Reihe von Fällen, wie viel harte Infiltrate sie dauernd geheilt, in wie viel Fällen sie dauernd alle Filamente beseitigt haben. Unter „dauernd" soll bei letzteren Fällen nur verlangt werden: $^1/_2$ Jahr, es soll also der so lange gänzlich unbehandelt gebliebene Fall bei mehrfacher Untersuchung — auch nach Reizen, wie starkem Biergenuß — fadenfreien Morgenharn haben. Erst wenn O. dieser Nachweis als die Regel gelungen wäre, würde er ein Recht haben zu behaupten, daß der Erfolg seiner Arbeit über allen anderen Methoden steht; bis jetzt ist es noch so, daß die baktericide Therapie, namentlich mit Novargan bei richtiger Anwendung, d. h. Anpassung, als gut zu bezeichnen ist, daß etwa nach ihr verbliebene urethroskopische Veränderungen nicht eo ipso als gonorrhoisch-infektiös erwiesen sind, daß endlich O. durchaus nicht in so vielen Fällen, wie nach seinen Behauptungen scheinen muß, Dauererfolge in seinem Sinne erzielt.

Es ist bisher nur vom Novargan beim akuten Tripper gesprochen, hat es auch einen Wert beim chronischen? Das ist nicht der Fall, und ich muß abraten, es dabei zu benutzen. Ebensowenig hat es eine Bedeutung für die hintere Harnröhre, sein Feld ist die eigentlich **akute** Urethritis anterior gonorrhoica, bei dieser aber scheint es mir das z. Z. beste Mittel zu sein. Bemerkt sei noch, daß ich verschiedene Novarganpräparate in der Hand gehabt habe, deren Reizwirkung auch verschieden war. Ich will hoffen, daß es der Fabrik möglich ist, ein dauernd gleichartiges Präparat zu liefern.

Zum Schluß sei die Feststellung betont, daß verschiedene Fälle eine verschiedene Reizempfindlichkeit gegen Novargan zeigen, daß es

Fälle größter und geringster Empfindlichkeit gibt, je größer die Empfindlichkeit, um so geringer die Eignung zur Novarganbehandlung oder — anders ausgedrückt: — um so schwächere Lösungen sind nötig. Man könnte natürlich auch im Falle größter Empfindlichkeit so schwache Lösungen nehmen, daß die Behandlung durchführbar wäre, es würde dann aber die keimtötende Wirkung zu schwach sein. Deshalb ist bei Fällen, die auch $^1/_5$ % Lösung nicht vertragen, die Novarganbehandlung ohne Wert. „Eines schickt sich nicht für alle."

Die Behandlung der Bubonen nach der Porosz'schen Methode.

Von **Dr. Josef Barabàs**, emer. Spitals-Sekundararzt.

Unsere Bubonenliteratur kann durchaus nicht als unfruchtbar bezeichnet werden. Wenn wir nur in der Literatur der letzten anderthalb Jahre Umschau halten, so finden wir drei Abhandlungen, in denen eine neuere Anwendung und die hervorragenden Eigenschaften dreier verschiedener und alter Medikamente empfohlen wird. Porosz[1]) lenkt die Aufmerksamkeit auf das Acid. nitric., Hermann[2]) auf 10 %iges Jodoformglycerin, Erdély[3]) auf das Cuprum sulfuricum. Alle empfehlen ihr Verfahren andern Behandlungsmethoden gegenüber sehr warm. Wenn wir auch die älteren Jahrgänge der heimischen und ausländischen Literatur überblicken, so finden wir unzählige Artikel, in denen als einzige und beste Methode ihr eigenes Verfahren — palliativ, abortiv, operativ — empfohlen wird.

Nehmen wir den allerbesten Fall an, — hier können wir nicht nur von der Bubonenbehandluug allein, sondern auch von der allgemeinen Therapie sprechen — daß diese Publikationen nicht dem Triebe, aufzufallen, sondern einer innern Überzeugung zuzuschreiben sind, so sehen wir doch, daß das als beste verschrieene und die schönsten Resultate erzielende Verfahren bald mit den anerkannt schlechten in Vergessenheit geraten ist. Suchen wir aber die Ursache, finden wir

[1]) M. Porosz: Die Behandlung der Bubonen und Abscesse mit 2–5 %-igem Acid. nitr. (Archiv f. Dermatol. u. Syphilis, 1903.)

[2]) E. Hermann: Einige Worte über die chirurgische Behandlung der Bubonen. (Bpesti Orv. Ujság, Nr. 1, 1904.)

[3]) J. Erdély: Die Behandlung der Bubonen mit Cuprum sulfuricum. (Orvosti Hetilap Nr. 40, 1904.)

sie einerseits darin, daß die geschmacklose und übertriebene Reklame mit neueren Medikamenten in uns schon à priori Mißtrauen erweckt, andererseits darin, daß die praktischen Ärzte nicht immer Gelegenheit haben, — wenn sie schon dazu Lust hätten — sich durch eigene Beobachtungen und Versuche über die Brauchbarkeit des Verfahrens Überzeugung zu verschaffen und die überzeugendste, auf eigener Erfahrung beruhende Kritik über die Zweckmäßigkeit des Verfahrens zu veröffentlichen.

Aus dem Gesagten folgt, daß der keine überflüssige, ja sogar von vielen als nutzlos betrachtete Arbeit verrichtet, dem Gelegenheit geboten war, das neue Verfahren zu versuchen und zu kontrollieren und der die gewonnenen Resultate publiziert. Nach meiner Ansicht sind sogar diese späteren Publikationen — sie mögen positiver oder negativer Richtung sein — berufen, das Verfahren einzuführen, oder zu verwerfen, denn in den Beobachtungen Anderer spielt die Befangenheit, die Subjektivität, die in der medizinischen Literatur sehr krankhafte Auswüchse gezeitigt haben, keine Rolle.

Die lange Reihe von Behandlungsmethoden ist nicht nur bei der Behandlung reifer Bubonen bekannt, die heute nur chirurgisch behandelt werden. Unzählige Methoden kennt man von der Exstirpation sämtlicher Lymphdrüsen, von der physiologischen Kochsalzlösung bis zur Anwendung der verschiedensten chemischen und desinfizierenden Lösungen, von der Anwendung der ältesten antiseptischen Mittel, Gazes, Salben etc. bis zu den in neuester Zeit in Verkehr gebrachten. Und wenn wir trotz alledem neuere Verfahren bezw. Modifikation in der Literatur immer wieder verzeichnet finden, so können wir dies nur dem Umstande zuschreiben, daß bisher das der Öffentlichkeit übergebene Verfahren gewisse Mängel hat, daß man gewisse Unannehmlichkeiten nicht klinieren konnte. Kurz und gut, man konnte nicht ganz den Anforderungen entsprechen, die man an eine erfolgreiche Behandlung nach jeder Hinsicht stellt.

Zu diesen Detailfragen zählt auch die möglichst kurze Unterbrechung der Arbeitsfähigkeit, eventuell ihre Erhaltung, wonach man bei der ambulanten Behandlung strebt. Man ist gezwungen, sie um jeden Preis zu erhalten, schon wegen der im großen Publikum als unumstößlich vorherrschenden Ansicht, daß die sexuellen Krankheiten in gewissem Maße ein Schandmal bilden, und die Folge davon ist, daß jedermann bestrebt ist, sie nach Tunlichkeit zu verheimlichen. Solche Detailfragen sind ferner die Herabsetzung der Dauer des Heilprozesses

auf ein Minimum, eine Mäßigung der Schmerzen, ein möglichst einfaches Verfahren etc.

Es sind kaum anderthalb Jahre, daß die schon erwähnte Publikakation von Porosz erschienen ist. Der ungewöhnlich einfache und objektive Ton des Ganzen, der von jeder Lobhudelei Abstand nimmt, erweckte mein Interesse, obgleich das Ganze nur eine Modifikation eines altbekannten und auch von mir oft angewendeten Verfahrens — aber mit schöneren Resultaten — ist. Ich faßte sofort den Entschluß, daß ich bei meinen Fällen mit seiner Methode einen Versuch machen werde.

Mit meinen Resultaten bin ich vollkommen zufrieden und wenn ich jetzt wieder die Aufmerksamkeit der Kollegen auf sie lenke, so tue ich es, weil sie, wie es scheint, ganz in Vergessenheit geraten ist. Weder in den später erschienenen Artikeln, noch durch mündliche Erkundigung konnte ich eine Spur dieses einfachen und wertvollen Verfahrens entdecken. Das Verfahren ist folgendes: Der zur Operation fertige, reife Bubo und seine Umgebung, kurz die ganze Inguinalgegend, wird in üblicher Weise desinfiziert, wie dies auch vor anderen Operationen zu geschehen pflegt.

Die Hauptsache ist, daß die Desinfektion auf je größerer Fläche erfolge, daß die unrasiert gebliebenen Haare nicht bis zur Wunde reichen und keine neue Infektion erfolge. Während wir die Hände waschen, bedecken wir die steril gemachte Fläche mit Sublimat-Gaze. Dann suchen wir den weichsten Teil des Bubo und machen mit einem spitzen Bistouri einen $^1/_2$—1 cm. langen Schnitt. Durch die Öffnung pressen wir den nicht selbst hervorbrechenden Eiter mit schwachem Druck heraus. Dann drücken wir die Spitze einer, mit 2—3—5 %-igen Acidum-nitricum-Lösung gefüllten Tripperspritze in die Wunde und beachten bei der Injektien der Flüssigkeit, daß die Ränder der Wunde an der Spritze eng anliegen, denn sonst fließt die Lösung neben ihr heraus und wir erreichen nicht den Zweck. Das Wesentlichste ist ja dabei, daß die so eingeführte Flüssigkeit bis an die äußersten Punkte der eiternden Drüse gelange und ihre bisher unbekannte, aber wohltuende, heilsame Wirkung ausübe.

Wenn die Flüssigkeit nicht zwischen den Wundrändern und der Spritze zurückfließen kann, was geschieht dann? Die unter großem Drucke eingeführte Flüssigkeit sucht sich nach jeder Richtung einen Weg und zwar in erster Reihe dort, wo der Widerstand am geringsten ist. Einen solchen Locus minoris resistentiae bilden die dünnen, eventuell nur kapillargefäß-dünnen Wege, Kanälchen, die sich im weichen

Gewebe bei Eiterungen nach allen Richtungen erstrecken und die die Eiterung oft lange Zeit verschleppen, die Vernichtung dieser Herde ist infolge des kleinen Umfanges zumeist kaum möglich, aber die einem großen Drucke ausgesetzten Gänge füllen sich mit der Lösung und die Wirkung kommt auch hier zur Geltung.

Schon beim ersten Verbandwechsel, den man schon am nächsten Tage vornehmen soll, merkt man, daß die Eitermenge abgenommen hat und daß ein serôser Sekret vorhanden ist, in dem sich weißes, käseartiges Gerinsel befindet, dann wird der Verband jeden zweiten Tag gewechselt, das Verfahren noch 1—2-mal wiederholt. Das genügt, daß die Heilung einige Tage später eintritt, wenn auch der Patient ambulanter behandelt wird.

Das Verfahren ist, wie wir sehen, im Großen und Ganzen dasselbe, welches Welander in den 90er Jahren empfohlen hat und das er mit 5—10 %-iger Lapislösung vorgenommen hat. Man suchte sie wegen der unangenehmen Eigenschaften mit anderen Mitteln zu ersetzen. Man kann sich darüber auch nicht wundern, denn es ist sehr unangenehm. In einigen Fällen machte auch ich Versuche damit, aber ich stellte sie ein, ehe ich die Behandlung mit Acidum nitricum gekannt habe.

Bei meinen Fällen ging ich in der oben beschriebenen Weise vor und obgleich ich nur 17 Fälle hatte, so glaube ich doch, man könne auch von dieser geringen Zahl gewisse Folgerungen ziehen, wenn sie auch nicht nach jeder Hinsicht unumstößlich sind. Unter so wenig Fällen, kommen nicht die verschiedenen Formen vor und können auch nicht vorkommen, doch der Umstand wieder, daß es nicht ausgewählte Fälle sind, sondern nur nach einander vorgekommene Formen, die alle nach diesem Verfahren behandelt wurden, verleiht den Beobachtungen trotz der geringen Anzahl einen gewissen Erfahrungswert.

Dieses Verfahren erprobte ich als Sekundararzt eines Spitals an dem Krankenmaterial der Anstalt und diesem Umstande ist es zuzuschreiben, daß ein überwiegender Teil der Patienten, mit Rücksicht, daß dazu Gelegenheit war, wenigstens die ersten Tage im Bette zubrachte; aber auch bei den ambulanter behandelten Fällen ist ebenfalls ein solch guter Erfolg aufzuweisen. In keinem einzigen Falle war es notwendig, auf eine andere Behandlungsmethode zu übergehen. Alle Fälle heilten rasch und schön und deshalb hat die Publikation der Krankengeschichten keinen Sinn und keinen Zweck.

Eine stärkere Lösung als eine 2 %-ige benutzte ich nicht in einem einzigen Falle. Es war auch nicht notwendig. Ob aber bei hartnäckigen,

chancrösen Fällen nicht eine stärkere Lösung not tut, weiß ich nicht, denn ich verfüge darüber über keine Erfahrungen. Ich gestehe aufrichtig, — obgleich auch Porosz warnt, den scharfen Löffel zu benützen —, daß ich in vier bis fünf Fällen von dem scharfen Löffel Gebrauch machte. Es ist eben eine konservative, verknöcherte Ansicht, die zwischen den Bubonen und Abscessen und dem Volkmann'schen Löffel auch heutzutage in uns Relationen erhält. Ob ich außer den quälenden Schmerzen der Patienten Etwas erreicht habe? Darauf kann ich ruhig antworten: das nicht, eher eine Verschlimmerung des bestehenden Zustandes.

Der Heilungsprozeß dauerte nicht länger als 8—10 Tage. Einen fixen Termin kann man nicht feststellen, denn von vielen Umständen (Größe, Vernachläßigung etc. der Bubonen) hängt die Heilung ab. Je kleiner die eitrige Drüse und geringer das zu Grunde gerichtete Gewebe ist, je geringer die Vertiefung ist und je weniger die Umgebung infiziert ist, um so rascher stellt sich die Regeneration, die Heilung ein.

Ich hatte einen Fall, bei dem ich am fünften oder sechsten Tage schon keinen Verband anlegte, denn auch die Wundränder waren schon vereinigt. Über die Dchnittlinie legte ich einen Sparadrapstreifen. Daraus zu folgern, daß immer so rasch Heilung eintritt, wäre unvernünftig, denn daß die Destruktion des Gewebes eines nußgroßen oder noch größeren Bubo in demselben Zeitraum ersetzt werde, wie die eines haselnußgroßen, ist rein unmöglich, wenigstens unter normalen Verhältnissen daß auch dann äußere und innere Ursachen vorhanden sein können, die auch solche veränderte Verhältnisse hervorrufen können, ist ebenfalls zweifellos, aber diese Fälle müssen anders beurteilt werden.

Aus dem früher Gesagten ist ersichtlich, daß alle statistischen Daten, die bei den verschiedenen Verfahren angeführt werden und bei denen der Heilungsprozeß auf eine Minimaldauer reduziert sind, dem Auge wohl sehr gefällig sind und nicht angezweifelt werden können, aber es ist rein unmöglich, sie als Direktive anzunehmen; aber nicht deshalb, weil der kontrollierende Arzt schon seltener den hohen Prozentsatz des früher erzielten schönen Erfolges erreicht. Die Hauptursache liegt aber darin, daß, da die beginnenden und vernachlässigten, kleinen und großen Fälle nicht klaffisiziert sind, die ganze Berechnung einem Zufalle überlassen ist, und so können mit demselben Verfahren einmal sehr günstige, ein anderes Mal ganz ungünstige Resultate erzielt werden.

All dies in Betracht genommen, unterließ ich bei meinen Fällen

die Publikation der Heilungsdauer. Und wenn ich früher doch 8 bis 10 Tage erwähnt habe, sagte ich es mit Bezug auf meine Fälle, unter denen kein schwererer Fall vorgekommen ist.

Größere Schmerzen habe ich in keinem Falle wahrgenommen, wenn ich von den bei dem Auslöffeln absehe, der Einschnitt selbst verursacht bei Fluctuationen keine Schmerzen; er bringt eher Erleichterung, denn die hyperämischen Weichteile werden den großen Druck los, den der ausströmende Eiter früher auf sie ausgeübt hat. Die unter schwachem Drucke befindlichen Bewegungen von den gesunden Geweben zu den kranken Teilen verursachen wenig Schmerzen, obgleich die Schmerzen von der Sensibilität der Patienten abhängen.

Das einzige schmerzhafte Moment ist, wenn wir die Acidum-nitric. Lösung hineinpressen und eventuell auf die Weichteile einen größeren Druck ausüben, als sie zuvor ausgesetzt waren, zu dem gesellt sich noch das Brennen der Lösung. Dieses brennende Gefühl dauert aber nur eine, höchstens zwei Minuten und das ist schon ein wesentlicher Vorteil den anderen Mitteln gegenüber, z. B. dem Cuprum sulfuricum gegenüber, das solche Schmerzen verursacht, daß auch der das Verfahren zu allererst empfehlende Erdély zur Stillung der heftigen Schmerzen Morphin benutzte. Ein besseres Resultat als mit dem Acid. nitric. konnte aber nicht erzielt werden.

Länger anhaltende Schmerzen verursacht auch die Jodoformglyzerinemulsion. Aber nicht nur diesen Nachteil hat das von Somogyi[1]) noch im Jahre 1898 eingeführte Verfahren, sondern auch den, daß Jodoform einen penetranten Geruch hat, weshalb wir es auch dann entbehren müßten, wenn es auch das allerbeste Verfahren wäre. Ja sogar von der giftigen Wirkung des Jodoforms hat es auch den Nachteil, daß es beinahe so dicht ist wie Syrup und in die engen Gänge nicht so leicht hineingepreßt werden kann, wie das Acid. nitric. Das Resultat war bei Somogyi: 6% Heilung nach mehr als zwei Wochen, während bei Hermann sämtliche Fälle innerhalb 10 Tagen verheilt waren. Die guten Erfolge bringt er selbst damit in Nexus, daß das Krankenmaterial aus lebenskräftigen, aktiven Soldaten bestanden hat.

Die Einteilung der Fälle nach der Schwere finden wir nirgends, so auch nicht bessere Resultate als die bei unserem Verfahren. In

---

[1]) B. Somogyi: Beitrag zur Behandlung der Bubonen. (Pester Med.-Chirurg. Presse Nr. 25, 1898.)

Betracht genommen, daß auch noch heute in der Behandlung des Ulcus molle das Cuprum sulfuricum und das Jodoform als Specificum eine Rolle spielt, war es rationell, sie auch bei der Behandlung der Bubonen zu versuchen. Aber wenn wir in Betracht ziehen, daß wir dieselben Resultate auch ohne Nachteile erzielen können, wäre die Beibehaltung des Verfahrens weder logisch, noch rationell.

Die Eiterbildung hörte in meinen Fällen prompt nach der ersten Einspritzung auf. Nach der Qualität der Fälle wiederholte ich sie noch ein- oder zweimal jeden zweiten Tag. Da war schon nur 1 bis 2 Tropfen dünner Sekret vorhanden. War noch eine Höhle vorhanden, so führte ich einen in dieselbe Flüßigkeit getauchten Gazestreifen ein, sonst aber nichts. In allen Fällen legte ich einen in eine Burow-Lösung getauchten nassen Verband an, der auf die Entzündung mäßigende Wirkung ausübte. Das heute schon sozusagen obligate Sublimat unterließ ich in diesem Falle ganz, abgesehen davon, daß ich vor der Incision die Haut desinfiziert habe. Die oberflächliche koagulierende Eigenschaft erhält weiter die Eiterung, als wenn wir mit steriler trockener Gaze solche Höhlen auswischen, wie dies meine wenigen, vergleichenden Beobachtungen beweisen.

Was die von diesem Verfahren abgeleiteten Folgerungen betrifft, können wir ruhig sagen, daß es gefahrlos, geruchlos ist, geringe Schmerzen verursacht, nach einigen Tagen Heilung hervorruft und auch ambulanter vorgenommen werden kann. Kurz und gut, es ist ein Verfahren, das einige gute Eigenschaften hat, die, wenn eine oder andere in manchen Fällen unwesentlich zu sein scheint, sie doch oft unentbehrlich sind. Es ist nicht eine das eigene Verfahren in den Himmel erhebende Phrase, sondern Wahrheit, wenn Porosz sich äußert: „Ein praktischer Arzt kann ein einfacheres, sichereres Verfahren nicht wünschen. Die Patienten können aber rascher, als so nicht geheilt werden.“ Andere können ein anderes, vielleicht besseres Verfahren haben, das kann nicht angezweifelt werden. Ich aber freue mich, damit einen Versuch gemacht zu haben und ich glaube, daß auch Andere Nutzen davon ziehen werden.

Ueber sexuelle Neurasthenie.

Von Dr. M. A. Stern.

Unter dieser Bezeichnung verstehen wir denjenigen verschiedenen Symptomenkomplex, dem wir bei vielen Personen begegnen, die von dem normalen sexuellen Leben abweichen. Wenn auch der Coitus interruptus, von dem wir hier hauptsächlich sprechen, ein ätiologisches Moment der gewöhnlichen Neurasthenie darstellt, so habe ich doch in Anbetracht des Umstandes, daß bei derartigen Kranken solche Symptome angetroffen werden, denen wir bei anderen Neurasthenikern nicht begegnen, beschlossen, diese Art Neurasthenie als selbständige Unterart zu beschreiben.

Gewöhnlich beschreiben die Neuropathologen unter der Bezeichnung „sexuelle Neurasthenie" hauptsächlich Symptome von Seiten der Geschlechtsorgane. Ich aber habe bei den nachstehenden Ausführungen Abweichungen von Seiten des Gesamtorganismus im Auge. Diese Abweichungen sind außerordentlich verschieden, können verschiedene Erkrankungen vortäuschen und dadurch, wie wir aus den nachstehenden Beispielen ersehen werden, einen unerfahrenen Arzt irre führen. Über sexuelle Neurasthenie im weiten Sinne des Wortes (meiner eigenen Auffassung entsprechend) begegnen wir in den gangbarsten Lehrbüchern (Eichhorst, Strümpell, Mering) nur einzelnen Andeutungen; ausführlichere Angaben kann man in den Werken von Hammond, Eulenburg, Fürbringer, Krafft-Ebing usw. finden. Indem ich im Laufe der letzten 6 Jahre eine ziemlich große Anzahl von Personen, die einer Konzeption vorzubeugen suchten und dadurch vom normalen sexuellen Leben abwichen, in Behandlung hatte, habe ich eine bedeutende Anzahl von mehrfach kontrollierten Beobachtungen gesammelt und beschlossen, versuchsweise nach Kräften ein vollständiges Bild dieser Modekrankheit zu geben.

Ätiologie.

Heutzutage, wo der Kampf ums Dasein sich außerordentlich zugespitzt hat, wo auf sämtlichen Arbeitsgebieten das Angebot die Nachfrage bedeutend übersteigt, wo die zum Leben notwendigsten Gegenstände, namentlich in den großen Zentren, außerordentlich teuer sind, suchen die Menschen mit allen möglichen Mitteln einer Konzeption vorzubeugen. Während aber die armen Frauen aus ökonomischen Gründen dieses Ziel anstreben, tuen es die reichen, um ihre schlanke

Figur, ihre Schönheit zu erhalten. Fast in sämtlichen Kulturländern wird eine stets progressierende Verringerung der Geburten in den intelligenten Schichten der Bevölkerung konstatiert. So hat Dr. George Engelmann in den letzten Jahren bei den Frauen der Vereinigten Staaten von Nordamerika eine immer mehr zunehmende Sterilität festgestellt. Im 18. Jahrhundert gab es in Amerika nur 2 % sterile Frauen, während die mittlere Fruchtbarkeit der verheirateten Frauen 5 Geburten betrug. Heutzutage ist die Fruchtbarkeit der Frauen in Amerika geringer als derjenigen in sämtlichen übrigen Kulturländern des Erdballes, die Franzosen ausgenommen. In St. Louis beträgt die Zahl der sterilen Frauen in den arbeitenden Klassen 21 %, in den intelligenten Klassen 24 % (!). Die geringste Fruchtbarkeit wird bei Frauen festgestellt, die höhere Bildung genossen haben. Im Gegenteil ist die Fruchtbarkeit der Emigrantinnen größer; sie beträgt bei den irischen Frauen beispielsweise 3,5—4,2 %, bei den deutschen 3,4 bis 6 %. Die immer zunehmende Sterilität der Frauen bringt Engelmann nicht mit einer gonorrhoischen Erkrankung der Geschlechtsorgane in Zusammenhang, sondern führt sie auf die Anwendung von mechanischen und chemischen antikonzeptionellen Mitteln zurück. Aus diesem Grunde hat in Amerika auch die Zahl der Aborte zugenommen, und zwar kommen auf 27 Geburten 10 Aborte, was 37 % ausmacht.[1])

Eine gleiche Verringerung der Geburten wird auch in Deutschland wahrgenommen, wenn man nach den Tabellen urteilen darf, welche die „Deutsche Hygienische Abteilung" auf der letzten Ausstellung zu Paris ausgelegt hatte[2]): so kamen in dem Zeitraum von 1871 bis 1880 auf 1000 Personen 40,7 Geburten, während in dem Zeitraum von 1891—1897 diese Zahl auf 37,5 gesunken ist. Die Statistik erörtert die Ursache dieser Erscheinungen nicht; es unterliegt aber keinem Zweifel, daß unter den Ursachen die Präservative eine nicht geringe Rolle spielen. In Frankreich ist die Verringerung der Zahl der Geburten eine allgemein bekannte Tatsache. Diese gefahrdrohende Erscheinung wird dort in verschiedenen Versammlungen besprochen, als Stoff für viele wissenschaftliche und belletristische Werke verwendet (man denke nur an den berühmten Roman von Zola „Fecondité") und selbst im Parlament erörtert. Es sind verschiedene Maßnahmen in Vorschlag gebracht worden, wie: Bestrafung der Junggesellen, Prämiierung der Eltern für jedes Kind usw. Es liegen mir genaue statistische Erhebungen über diesen Gegenstand in Rußland nicht zur Hand (es werden auch solche kaum vorhanden sein); ich hatte aber

Gelegenheit, in manchen Ortschaften Personen zu befragen, welche die Geburtsregister führen, und diese Personen haben die von Jahr zu Jahr progressierende Verringerung der Geburten konstatiert. Überall wird dem sogenannten Zweikinder-System gehuldigt, d. h. dem Bestreben, unter keinen Umständen mehr als zwei Kinder zu haben. Dieses Bestreben dringt selbst in die kleinsten Orte Rußlands. Jedenfalls bin ich persönlich ziemlich häufig von Personen verschiedener Nationalitäten und Bevölkerungsschichten mit Bitten überschüttet worden, „etwas gegen Kinder zu empfehlen". Da solche Personen bei den Ärzten meistenteils kein Entgegenkommen finden, ersinnen sie selbst verschiedene Methoden, um das gewünschte Ziel zu erreichen. Von diesen „Methoden" ist der „Coitus interruptus oder reservatus", der auch ganz richtig als „Onanismus conjugalis" bezeichnet wird, am gangbarsten. Dieses Übel muß, wenn es mehr oder minder längere Zeit geübt wird, auf die Gesundheit von Männern sowohl wie von Frauen in hohem Maße schädlich einwirken, indem es bei jedem einzelnen Individuum bald das eine, bald das andere Organ wählt und hauptsächlich auf einen event. vorhandenen „Locus minoris resistentiae" einwirkt.

Es entsteht ein außerordentlich verschiedenartiges Krankheitsbild, dessen einzelne Formen ich im Nachstehenden besprechen will.

Symptome.

Von Seiten des Magens kann man bei Personen, die an sexueller Neurasthenie leiden, sämtliche Erscheinungen der sogenannten „nervösen Dyspepsie", wie: Appetitlosigkeit, schlechten Geschmack im Munde (bitterer Geschmack oder das Empfinden von Säure), bisweilen Aufstoßen, Sodbrennen, Erbrechen, Übelkeit, Schmerzen in der Magengrube etc. vorfinden. Von wirklichen Magenkatarrhen unterscheidet sich diese Dyspepsie dadurch, daß sie fast in gar keinem Zusammenhang mit dem Verdauungsakt bezw. der Qualität der Nahrung steht, sowie durch das Fehlen von pathologischen Veränderungen von seiten der mechanischen und chemischen Magenfunktion. Bei leerem Magen klagen die Patienten über Schwäche, Schwindel, Ohrensausen, nach dem Essen über Druck in der Magengegend, bisweilen Schläfrigkeit und Herzklopfen. Dabei bestehen Verstopfungen, bei manchen Verstopfungen, die mit Diarrhöen abwechseln, Auftreibung des Abdomens usw. Alle diese Erscheinungen nehmen nach Exzessen sowie nach Aufregungen zu, während die Untersuchung des Magen-

inhaltes keine Veränderungen ergibt. Die Schmerzen in der Magengrube sind bei solchen Patienten bisweilen so intensiv, daß sie Verdacht auf Magengeschwür erwecken, was auch in der nächstfolgend zu schildernden Beobachtung der Fall gewesen ist.

1. Fall. N. K., 32 Jahre alt, im 6. Jahre verheiratet, hat 2 Kinder. Der Patient versichert, niemals ernstlich krank gewesen zu sein, besonders niemals an venerischen Krankheiten gelitten zu haben. Er klagt über außerordentlich heftige Schmerzen in der Magengrube, die bisweilen mehrere Tage lang anhalten, ohne auch nur für eine einzige Minute aufzuhören. Diese Schmerzen hatten sich zum ersten Mal vor 2 Jahren eingestellt, ohne daß der Patient irgend eine Ursache anzuschuldigen wüßte. Diätfehler sind nicht vorgekommen: der Patient hatte stets gesunde frische Hauskost; er ist in diesen 2 Jahren nirgends gereist und vermag sich nicht zu erinnern, irgendwo etwas verdächtiges gegessen zu haben, bevor die Schmerzen zum ersten Male aufgetreten sind. Während des ersten Schmerzanfalls waren Anzeichen von Magenstörung nicht vorhanden: weder Erbrechen, noch Diarrhöe, noch Aufstossen. Trotzdem hatte der Patient damals ein Abführmittel zu sich genommen, jedoch ohne daß danach Linderung eingetreten ist. Die Schmerzen hatten damals 3 Tage lang angehalten, dann für 3 Wochen aufgehört, worauf von Seiten des Magen-Darmkanals auch nicht die geringsten Erscheinungen beobachtet wurden, welche für einen Magenkatarrh hätten sprechen können. Mit der Nahrungsaufnahme standen diese Schmerzen in gar keinem Zusammenhang; im Gegenteil: nach der Nahrungsaufnahme fühlte der Patient, als ob die Schmerzen nachließen. Der Patient war in Behandlung vieler Aerzte; manche diagnosticierten Magenkatarrh, verordneten Mineralwässer und Diät, aber ohne Erfolg. Der eine Arzt schöpfte auf Magengeschwür Verdacht, trotzdem die Untersuchung des Mageninhalts nach dem Probefrühstück keine Anhaltspunkte dafür ergab; es fand sich nur eine unbedeutende Steigerung der Salzsäurequantität. Nichtsdestoweniger verordnete dieser Arzt Karlsbad und entsprechende Diät. Der Patient hatte die vorgeschriebene Flaschenzahl Karlsbader Wasser getrunken, ohne jedoch irgend eine Erleichterung verspürt zu haben; im Gegenteil, die Schmerzen haben sogar zugenommen. Nicht mehr Nutzen hat die Konsultation dreier Professoren der nächstliegenden Universitätsstadt ergeben. Als der Patient mich konsultierte, konstatierte ich Folgendes: Der Patient ist übermittelgroß, mager „Haut und Knochen". Wangen eingefallen, blaß; Temperatur normal, Puls 90, regelmäßig, von mäßiger Füllung.

Von Seiten des Herzens und der Lungen nichts abnormes. Zunge leicht belegt, feucht. Abdomen eingefallen. Bei der Palpation Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die „Regio epigastrica"; in anderen Teilen des Abdomens ist bei der Palpation Empfindlichkeit nicht wahrzunehmen. Bei der Perkussion mit dem Hammer wird Schmerzhaftigkeit in einem gewissen Punkte in der Magengrube konstatiert. Leber und Milz nicht vergrößert. Bei Druck auf einige Wirbel des mittleren Teiles der Brustwirbelsäule wird Empfindlichkeit festgestellt. Von Seiten der Harnorgane besteht nur frequenter Harndrang. Der Harn selbst ist jedoch rein, ohne Niederschläge, enthält weder Eiweiß noch Zucker. Dasselbe Ergebnis zeigen die Analysen, welche mir der Patient vorgelegt hatte, und welche auf Anordnung der konsultierten Ärzte in der Universitätsstadt ausgeführt worden sind. Haut- und Knie-Reflexe etwas gesteigert, Kremasterreflex leicht herabgesetzt. Gang frei, sicher. Beim Stehen mit geschlossenen Augen tritt Schwankung nicht ein. Pupillen gleichmäßig, reagieren auf Licht normal. Syphilissymptome nicht vorhanden.

Wenn auch die Acidität des Magensaftes nicht gesteigert war (die vom Patienten vorgelegten, in der Universitätsstadt ausgeführten Analysen zeigten gleichfalls nur unbedeutende Steigerung der Salzsäuremenge im nach einem Probefrühstück gewonnenen Mageninhalt), wenn auch in der Anamnese weder Bluterbrechen (der Patient erinnerte sich nur, daß er vor ca. 1 Jahre einmal Pflaumen gegessen hatte, worauf Erbrechen eingetreten und in den erbrochenen Massen „etwas rotes, blutähnliches" enthalten war, was aber auch die Häutchen der roten Pflaumen gewesen sein konnten), noch blutiger Stuhl, noch irgend welche andere Erscheinungen von Magengeschwür (Obstipationen, Kopfschmerzen, Zunahme der Schmerzen in der Magengrube nach dem Essen usw.) vorhanden waren, schöpfte ich doch auf Magengeschwür Verdacht und schlug dem Patienten die bei Magengeschwür übliche Behandlung vor: ausschliessliche Milchdiät für die ersten 14 Tage und leichte Fleischdiät von der dritten Woche nebst Zusatz von Vichy zur Milch; hierauf große Dosen Bismut subitr. (bis 10,0 auf einmal in $^1/_2$ Glase Wasser), welche der Patient auf nüchternem Magen nahm, bald auf der rechten Seite (das Geschwür wurde in der Nähe des Pylorus vermutet), bald auf dem Rücken liegend, in welcher Lage er 15 Minuten verbrachte. Wismut bekam der Patient ca. 4 Wochen: in den ersten 14 Tagen täglich, dann einen Tag um den anderen. Nach dem Wismut wurde salpetersaures Silber verordnet. In dieser Form wurde die Behandlung 6 Wochen lang fortgesetzt. Der Patient erfüllte alle Vorschriften in der sorgfäl-

tigsten Weise, enthielt sich vom Coitus, trotzdem die Schmerzen bedeutend schwächer waren als zuvor. Nach dieser Behandlung fühlte sich der Patient ca. 1 Monat lang vollständig gesund; die Schmerzen verschwanden vollständig; er wurde etwas voller, die Gesichtsfarbe besserte sich. Ich war schon von der Richtigkeit meiner Diagnose überzeugt (es sind nämlich Fälle beschrieben, in denen man bei der Sektion ein Magengeschwür fand, trotzdem zu Lebzeiten eine gesteigerte Ausscheidung von Salzsäure nicht vorhanden gewesen war), als die Schmerzen plötzlich ohne jeglichen vorangegangenen Diätfehler und ohne jegliche sonstige wahrnehmbare Veranlassung sich in der Magengrube wieder eingestellt haben, und zwar in noch größerer Intensität als vor der Behandlung. Die Schmerzen waren so heftig, daß der Patient sich buchstäblich wie ein Bogen krümmte, sich vom Bette auf den Fussboden stürzte und sich auf diesem wälzte, schrecklich schreiend, wenn auch der Patient im allgemeinen ein sehr geduldiger Mensch war. Das Gesicht war während des Anfalls blass und entstellt. Die Schmerzen strahlten nach dem Rücken, nach dem unteren Teil des Abdomens und nach den Hypochondrien aus. Ich erprobte am Patienten sämtliche schmerzstillenden Mittel, äußere sowohl (Kataplasmen, Eis, Wärmeflaschen, Alkoholumschläge, Senfteig, Wannenbäder, Reibungen etc.), wie auch innere (sämtliche Narkotica, manche Antineuralgica, Pyramidon, Exalbin), Nervina usw., aber nichts half. Zunächst linderten innerliche Morphiumgaben für eine gewisse Zeit die Schmerzen, dann aber hörte das Morphium fast vollständig zu wirken auf. Der Patient, der mit der Pharmacie etwas zu tun hatte, bekam leicht das Mittel und nahm es in Dosen, welche die pharmakologischen Dosen übersteigen. Aber selbst in diesen hohen Dosen wirkte das Mittel entweder garnicht oder nur für kurze Zeit. Bemerkenswert ist, daß die Morphium-Derivate (Dionin und Heroin) auch nicht den geringsten schmerzstillenden Einfluß auf den Patienten ausübten. Die Schmerzen hörten weder am Tage noch des Nachts auf. Nur nach bedeutenden Morphiumdosen verfiel der Patient in Schlummer; er sprang aber nach $^1/_2$ bezw. 1 Stunde unruhigen Schlafes wieder auf. Während eines solchen heftigen Anfalls von Gastralgie spritzte ich dem Patienten 0,01 Morphium ein; die Schmerzen ließen für 2 Stunden nach, stellten sich dann aber mit früherer Vehemenz wieder ein. Aus Befürchtung, daß der Patient Morphinist werden könnte, suchte ich die Morphium-Injektionen zu umgehen, den Patienten einzuschüchtern, jedoch zog dieser einen Feldscher hinzu, der ihm 2—3 mal täglich Morphiumeinspritzungen

machte. Schliesslich bewaffnete sich der Patient selbst mit einer Morphiumspritze und begann Injektionen selbst zu machen, indem er die Morphium-Dosen immer mehr und mehr steigerte.

Literatur.

1. The Lancet, 20. Juli 1901.
2. Gazette médicale de Paris, 1900, Septembre.

(Fortsetzung folgt.)

Erwiderung auf Dr. Otto Große's Arbeit „Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten".

(Jahrgang II, Heft 6 dsr. Ztschrft.).

Von **Dr. Blokusewski-Niederbreisig a. Rh.**

So sehr ich jede zweckmäßige Neuerung auf diesem Gebiete im allgemeinen Interesse begrüße, kann ich doch nicht einige wichtige Punkte unwidersprochen lassen. Meinen „Samariter" und „Amicus" übergehe ich, zumal besonders der erstere sich seit 10 Jahren genügend bewährt und eingebürgert hat, und will nur meine „Sanitas-Oliven" verteidigen.

1. Große sagt S. 261: „Die Idee, wäßrige Lösungen in gläsernen Behältnissen zu verwenden, ist ein für alle Mal als technisch undurchführbar aufzugeben" und zwar sowohl auf Grund seiner eigenen Versuche, als auch seiner Erfahrungen mit meinen Kelchen und Oliven, „gleiche Kappen, gleiche Übelstände!"

Allerdings trockneten meine Kelche ein und zwar, weil sie nur auf einer Seite eine Wachskappe hatten, auf der anderen aber einen Wachspfropfen, der sich beim Erkalten zusammenzog, also nicht fest schloß. Da ich diesen Fehler bald bemerkte, ersetzte ich sie durch die Oliven, deren beide Enden Wachskappen hatten, die — im Gegensatz zu einem Pfropfen — sich beim Erkalten noch enger um die Spitze legen. Gegen etwaige Lädierung des Wachses kam ein elastischer undurchdringlicher Überzug. Dieser Verschluß ist so hermetisch, daß ich neuerdings sogar jeden Glyzerinzusatz fortlassen konnte. Eine Zersetzung durch Licht ist durch entsprechende Verpackung (Blechschachtel) vermieden.

2. Gegen die, S. 261 aufgezählten, Schwierigkeiten der Manipulation bemerke ich: Beide Verschlüsse werden durch leichtes Abknipsen (Fingernagel) entfernt und der Inhalt fließt nicht ohne Weiteres heraus,

sondern erst nach Hineinstecken der einen (kürzeren) Spitze in die Harnröhre in Folge Ansaugung durch die immer etwas feuchte Schleimhaut. Übrigens sind die Oliven jetzt handlicher, insbesondere durch Verlängerung des zum Halten bestimmten Endes.

3. Große mißversteht (S. 263) meine Ansicht, denn ich habe mich nie gegen die „Sicherheit der Tuben" ausgesprochen, sondern gegen die darin enthaltenen pastösen Mittel, weil diese sich zersetzen können, ohne daß man es direkt merkt (Aufrecht bezüglich der Viro-Tuben) und weil sie nicht so leicht die in den Falten und Buchten versteckten Gonokokken erreichen können, ganz abgesehen davon, daß sie nicht im Moment, wie Große S. 266 angibt, im Wasser gelöst sind, (zumal — bei der niedrigen Temperatur dieser Stellen — zu ihrer Lösung immerhin Zeit gebrauchen). Bei dieser Ansicht muß ich vorläufig bleiben, so lange mich nicht die in Aussicht gestellten mikroskopischen Untersuchungen eines anderen belehren. Sollte sich Hydrarg. oxyc. überhaupt bewähren, so liegt kein Grund vor, es nicht in flüssiger Form zu bringen, zumal ja die Empfindlichkeit der Silberpräparate fortfällt.

4. Große's Forderung eines Einzelapparats auch gegen Lues dürfte wohl zu weit gehen, da man dabei doch nicht direkt mit infektiösem Material in Berührung kommt. Über die Technik seines Apparats kann ich nicht urteilen, da ich leider die von ihm avisierten Muster noch nicht erhalten habe. Jedenfalls nimmt er mehr Raum in Anspruch als die meinigen.

5. Wenn Große die Billigkeit seiner Apparate so sehr hervorhebt (S. 262), so muß ich doch bemerken, daß da meine Apparate, sogar die Oliven trotz Handarbeit, noch billiger von der Firma Gebrüder Bandckow (Berlin S. W. 61) abgegeben werden.

Auf die übrigen weniger wichtigen Forderungen und Ausstellungen Große's kann ich wegen Raummangel nicht eingehen. Daß mein Samariter III $^{3}/_{1000}$ Hydrarg. oxyc. enthalten soll (S. 253), ist wohl nur ein Druckfehler.

Schließlich will ich noch auf diejenigen Autoren hinweisen, die umfassende Versuche angestellt haben, ohne eigene Apparate zu empfehlen, und die flüssige Medikamente in Betracht ziehen, nämlich: Campagnolle (Bd. III, Heft 1—3 der „Zeitschrift für Geschlechtskrankheiten") und Feistmantel (Wiener Med. Wochenschrift 1905, No. 13—17), der als Regimentsarzt $^{1}/_{2}$ Jahr lang bei ca. 700 Mannschaften und Offizieren der Budapester Garnison die verschiedenartig-

sten Kontrollversuche angestellt hat und Offizieren von allen Apparaten eigentlich nur die meinigen empfiehlt (Amicus und Oliven); jedenfalls legt aber auch er den Hauptwert auf flüssige Medikamente, und zwar auf Albargin.

Zur Richtigstellung.

Auf S. 282, Zle. 10 von unten (Referat von Steiner über Campagnolle's Arbeit: Wert der modernen Installationsprophylaxe der Gonorrhoe) muß es heißen statt: von Blokusewski „angefochtenen": „angegebenen" Gebrauch, weil Bl. gerade der Autor dieser Art des Urinierens ist.

II. Referate.

Fr. Rosenbach: Zur pathologischen Anatomie der Gicht. (Pathol. Inst. zu Berlin). (Virch Arch. 179. Bd., H. 2).

Durch histologische Untersuchung von zwei zur Sektion gekommenen Gichtfällen bestätigt R. die gegen die Ebstein'sche Theorie — nach welcher die Gewebsnekrose in den Uratherden das Primäre und Wichtige, die Krystallisation das Sekundäre sei — erhobenen Einwände: zunächst, daß Krystalle sich im gesunden Gewebe bilden können, ohne daß eine Nekrose des Gewebes zustande kommt, sodann, daß die Krystallisation als der primäre Vorgang und die Nekrose als das Endresultat einer schädigenden Einwirkung der Krystalle angesehen werden müsse, und teilt die Befunde von gichtischen Knochenveränderungen mit, die dieselben sind, wie die in anderen Organen: Ablagerung von Uratkrystallen in den Knochenkörperchen und in der Knochensubstanz und Ablagerungen im Knochenmark mit starker Nekrosebildung. Das Markgewebe reagiert auf die Krystallbildung durch die Wucherung eines derben fibrösen Gewebes, welches durchsetzt ist von Lymphozyten und zahlreichen Riesenzellen, die wohl auch hier als Fremdkörperriesenzellen anzusehen sind. Die Substanz des Knochens selbst geht Veränderungen ein, die zur völligen Nekrose und zu einer Art Auflösung der Knochengrundsubstanz führen, die nach Ansicht des Verfassers nur durch eine chemische toxische Wirkung von seiten der Harnsäure erklärt werden kann. **Schwab**-Berlin.

M. Löhlein: Über Fettinfiltration und fettige Degeneration der Niere des Menschen. (Path. Inst. z. Leipzig) (Virch. Arch. 180. Bd., H. 1).

Um durch histologische Untersuchungen einen Beitrag zum Ausgleich der „maximalen Differenz", die in der Beurteilung der Nierenverfettung zwischen den Resultaten des Morphologen und des Chemikers bestehen, zu liefern und zwar ausschließlich an der Hand von Beobachtungen an menschlichen Nieren,untersuchte L. das Material des Pathologischen Instituts zu Leipzig während der letzten Jahre und kommt dabei zu folgenden Sätzen:

Die Verfettungsprozesse der menschlichen Niere zerfallen nach morphologischem, chemischem und klinischem Gesichtspunkte in zwei Haupt-

gruppen, für die ohne Nachteil die Bezeichnungen der herkömmlichen Nomenklatur „Fettinfiltration“ und „fettige Degeneration“ beibehalten werden können.

Die „Fettinfiltration“ der Niere (von Hansemann) besteht in einer, chemisch durch die Vermehrung des Fettgehaltes (Landsteiner und Mucha) nachweisbaren Anhäufung von (ausschließlich) aus „Fett“ bestehenden Tröpfchen in den Epithelien der Tubuli. Diese Anhäufung betrifft entweder das Gesamtparenchym oder doch bestimmte, morphologisch zusammengehörige Abschnitte desselben nahezu gleichmäßig; doch bestehen im einzelnen konstante Unterschiede in der Art der Fetteinlagerung zwischen den verschiedenen Teilen des Kanälchensystems. Die Epithelien erfahren dabei keine bis zum Untergang und zur Abstoßung führende Schädigung. Das Zwischengewebe des Organs bleibt in den reinen Fällen dieser Art auch bei den höchsten Graden der Verfettung entweder ganz oder doch nahezu völlig frei von Fett. Albuminurie tritt in diesen Fällen nicht auf.

Die fettige Degeneration wird durch das herdförmige Auftreten stark lichtbrechender Substanzen im Parenchym, bsonders in der Rinde charakterisiert. Dabei findet sich — neben Fett — regelmäßig Protagon, dessen Auftreten nach Orgler's chemischen Untersuchungen lediglich auf eine Auskrystallisation zurückzuführen ist. Die Epithelien erfahren dabei eine schwere Schädigung, die sich unter anderem hauptsächlich in dem Untergang und der Desquamation von Epithelzellen ausspricht. Das Zwischengewebe enthält in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ebenfalls mehr oder weniger reichlich Mengen von Fett und fettähnlicher Substanz (Resorptionserscheinung). In den hierhergehörigen Fällen besteht Albuminurie.

Ob die Verfettung der Niere bei der Phosphorvergiftung eine Sonderstellung einnimmmt, muß offengelassen werden. Dieser Prozeß ist nach dem histologischen Befund wie nach dem Ergebnis der chemischen Analyse (Landsteiner und Mucha) als eine Fettinfiltration höchsten Grades zu betrachten. Zur Entscheidung der Frage, ob in irgend einem Stadium der Phosphorvergiftung degenerative Veränderungen und Sichtbarwerden von Protagon in den Nierenzellen vorkommen, ist das untersuchte Material nicht ausreichend.

Klinisch nimmt die Phosphorniere insofern eine Sonderstellung ein, als — namentlich in früheren Stadien dieser Vergiftung — Albuminurie fehlen kann, während sie in den anderen Fällen beobachtet wird. **Schwab**-Berlin.

Alexander Raphael: Über eine empfindliche Methode zum Nachweis von Gallenfarbstoff im Harn. (St. Petersburg, medizin. Wochenschr. No. 14, 1905.)

Mit einer demnächst erscheinenden Arbeit über die Jodabsorbierende und Jodabschaltende Kraft verschiedener pathologischer Harne beschäftigt, hat Verfasser auch eine Reihe von icterischen Harnen untersucht und ist dabei zu einer für den praktischen Arzt sehr brauchbaren Methode zum Nachweis von Gallenfarbstoff gelangt. Als Reagentien dienen die zur Diazoreaktion benutzten Lösungen: 1., Acid. sulfur. 5,0, Acid. mur. pur. 50,0, Aq. dest.

100,0 und 2., Natr. nitros. 0,5; Aq. d. 100,0. Je nach der Reihenfolge geben diese Lösungen verschiedene Farbenreaktionen: bei Mischung von 2—3 Tropfen der zweiten mit 5 ccm. der ersten Lösung und 5 ccm. Harn tritt bei Gegenwart von Gallenfarbstoff eine Amethystfärbung der Flüssigkeit ein, die bald in Kirschroth übergeht. Nach 24 Stunden nimmt die Intensität der Färbung zu. Bei Mischung von 2—3 Tropfen der zweiten Lösung mit 5 ccm. Harn und nachfolgender Hinzufügung von 5 ccm. der Sulfonalsäurelösung, wird die Flüssigkeit bei vorhandenem Gallenfarbstoff gelbgrün, nach 24 Stunden wird auch diese Flüssigkeit kirschrot. Verfasser glaubt weiter beobachtet zu haben, daß bei durch bösartige Geschwülste bedingtem Icterus in jedem Falle das Roth bläulicher ausfällt, als bei gutartigem Icterus. S. Prißmann-Libau.

C. Strzyzowski: Eine praktisch leicht ausführbare Harnprobe bei Diabetes. (Wratscheb. Gaz. No. 3, 1905).

Fügt man zu einem zuckerhaltigen Urin 5% Formalinlösung hinzu, so tritt in vielen Fällen bei gewöhnlicher Zimmertemperatur nach 24—48 Stunden eine glänzende Grünfärbung ein, die desto intensiver ist, je mehr der Harn gewisse anormale Stoffwechselprodukte, wie Aceton, Essigsäure usw. enthält. Bei erhöhter Temperatur (50—60°) tritt die Färbung ein wenig früher. bei niedriger Temperatur (0—10°) etwas später ein. Bei den leichten Diabetesformen kommt diese Reaktion öfters nicht zur Beobachtung; ihr Vorhandensein spricht entschieden für eine weitere Erkrankungsform mit gewöhnlich böser Prognose. Das bei dieser Reaktion erhaltene Pigment, dessen chemische Formel noch nicht festgestellt ist, hat alcalische Eigenschaften; Chloroform ist sein bestes Lösungsmittel. S. Prißmann-Libau.

O. Moritz: Zur Kenntnis der Eiweißkörper im nephritischen Urin. (St. Petersburger medizin. Wochenschr. No. 9, 1905).

Der Zusatz des Esbach'schen Reagens bewirkt mitunter eine starke Trübung des Urins, ohne daß die Eiweißkörper völlig ausgefällt oder durch diese Methode quantitativ bestimmbar werden. Dabei handelt es sich tatsächlich um echte Eiweißkörper. Verfassers Untersuchungen ergeben nun, daß die betr. Reaktion in den meisten Fällen ein Charakteristikum einer febrilen Albuminurie ist und man aus derselben schließen kann, daß Patient infektiös erkrankt ist (lobäre Pneumonie, Typhus abdominalis etc.). Alle febrilen Albuminurien geben jedoch diese Reaktion nicht, dagegen ließen sich in allen Fällen, bei denen die Reaktion vorhanden war, Cylinder — hyaline sowohl wie epitheliale — und mit Leukocyten besetzte, daneben freie Epithelien und Leukocyten nachweisen. Es liegt demnach eine parenchymatöse Nephritis vor, die eine unbedingt gute Prognose gibt: geht Patient nur nicht an der Infektionskrankheit zu Grunde, so erholen sich seine Nieren in kürzester Frist. Diese Reaktion ist demnach prognostisch von Bedeutung. Bei der croupösen Pneumonie kann diese Reaktion auf der Höhe des Fiebers bei Verminderung der Chloride oft ein differentialdiagnostisches Merkmal sein. Zu dieser Variante der Esbach'schen Reaktion kommt es, wenn neben einer reichlichen Menge von spezifischen Albumosen echte Eiweißstoffe im Urin vorhanden sind (Nucleoalbumin, Fibrinoglobulin). Weiter führt Verfasser

aus, daß auch nach seinen Erfahrungen bei der parenchymatösen Nephritis ein kleiner bis mittelgroßer Eiweissquotient, während bei der Schrumpfniere grosse Eiweissquotienten vorhanden seien. Diese Untersuchung büsst den diagnostischen Wert ein, sobald Kompensationsstörungen auftreten. Letztere Behauptung sucht Autor durch mehrere angeführte Krankengeschichten zu illustrieren. **S. Prißmann**-Libau.

W. v. Grot: Zur Kasuistik der Penisverletzungen. (St. Petersb. medizin. Wochenschr. No. 6 und 7, 1905).

Verfasser macht zunächst kurze Mitteilungen über die Verletzungen des Penis im Allgemeinen und berichtet des Weitern über einige von ihm im Stadtkrankenhause zu Riga beobachteten einschlägige Fälle. Besprochen werden sowohl die subkutanen (Fracturen und Quetschungen), als auch die offenen Verletzungen (Stich-, Schuss-, Riss- und Schnittwunden), im Ganzen recht seltene Erscheinungen. Zur Gruppe der offenen Penisverletzungen gehören die vom Verfasser behandelten 4 Fälle. Im ersten Falle war Patient von einer Kreissäge an den Beinkleidern erfasst worden, und es war die Penishaut bis auf das innere Präputialblatt von der Radix an zirkulär abgerissen worden; zugleich fehlte am Scrotum ein Stück Haut, und es war eigentlich nur die hintere Srcotalhaut intakt. In 2. Sitzungen wurde eine plastische Dekkung vollführt. Im zweiten Falle fand sich an der Radix auf dem dorsum penis eine zackige Wunde, welche das linke corpus cavernosum völlig, das rechte zum grossen Teil durchsetzt. Harnröhre intakt. Im dritten Falle befand sich 2 fingerbreit von der Radix eine an der Rapte beginnende, von links verlaufende, fast zirkulöse Schnittwunde. Die Wunde umfasst $^2/_3$ des Penis. Beide Schwellkörper sind quer durchschnitten. Auch hier Harnröhre intakt. Eine noch schwerere Verletzung weist der letzte Fall auf. Der Penis ist fast total um $^2/_3$ abgeschnitten, die beiden Teile desselben sind nur durch einen schmalen Hautstreifen und ein Teilchen linken heilen Schwellkörpers in Zusammenhang geblieben. Die von einem Landarzt genähte Wunde mußte wegen Harninfiltration geöffnet werden. Dazu gesellte sich bald eine ausgedehnte Phlegmone, die vielfach inzidiert werden mußte. Nach Ausheilung aller Wunden blieb eine Harnröhrenfistel nach, zwecks Schließung welcher Pat. das Hospital aufsuchte. Seit der vor $2^1/_4$ Monaten erfolgten Verletzung hat Patient keine Erektionen gehabt. Auch in diesem wie in den andern 3 Fällen hat Verfasser eine restitutio ad integrum erreicht, so daß nach seiner Überzeugung die Ansicht Boyer's, Benard's, Vidal's und Nelaton's, welche bei Durchschneidung von $^2/_3$ der corpora cavernosa zur Amputation rieten, da fast immer eine Gangraen eintrete, eine irrige sei. Das Wichtige zur Erlangung eines guten Resultates liegt nach Verfassers Meinung in der exakten Blutstillung und sorgfältigen Naht des Septums und der Tunica albuginea und hängt nicht von der Güte des Falles als solchem ab. **Prißmann**-Libau.

P. A. Baratynski: Zur Frage von der nachfolgenden Behandlung der Harnblasenwunde beim hohen Steinschnitt. (Russ. Wratsch. No. 8, 1905.)

An der Hand von 35 selbstbehandelten einschlägigen Fällen, von denen 4 in Kürze mitgeteilt werden, kommt Verfasser zum Schluß, daß bei einem

Urin von mittleren Eigenschaften (neutraler oder schwach alkalischer Reaktion) und bei Bestehen einer leichten Cystitis eine energische Behandlung der letzteren unbedingt indiziert ist. Tritt eine Besserung des Blasenkatarrhs ein, so ist eine Blasennaht sehr zweckentsprechend. Bei stark entwickelter Cystitis und alkalischem Urin ist eine offene Wundbehandlung bei weitem zweckdienlicher. S. Prissmann-Libau.

G. Nicolich-Triest: Über die verschiedenen klinischen Formen der Prostatahypertrophie und über ihre Behandlung. (Wiener Klin. Wochenschrift. 1904, No. 50.)

Verf. gibt in vorliegender Arbeit einen kurzen Überblick über die verschiedenen, durch Prostatahypertrophie erzeugten Krankheitsformen und die neusten Behandlungsmethoden derselben und führt folgendes aus: Nicht jede Prostatahypertrophie führt zu Beschwerden, und sah Verf., daß enorme Vergrößerungen oft gar keine Beschwerden verursachten, während geringfügige Vergrößerungun der Vorsteherdrüse solche im Gefolge hatten. Er führt diese scheinbar paradoxen Differenzen darauf zurück, daß es hauptsächlich darauf ankommt, welcher Lappen der Prostata vergrößert ist, und zwar ist es gewöhnlich der hypertrophierte Mittellappen, der die Beschwerden verursacht. N. weist bei der Besprechung der objektiven Symptome darauf hin, daß gewöhnlich der vergrößerte Mittellappen der Rektaluntersuchung entgeht, und es auch Fälle von Hypertrophie der Seitenlappen mit endovesikaler Entwicklung gibt, welche gegen das Perineum hin blos eine minimale Vergrößerung konstatieren lassen. In diesem Falle ist die Kystoskopierung die einzige verläßliche Untersuchungsmethode. Was die subjektiven Beschwerden betrifft, so sind diese gewöhnlich in ihren Anfängen bei jedem Kranken gleich. In diesem ersten Stadium muß der Kranke öfters urinieren, anfangs nur nachts, später auch bei Tage, speziell in den ersten Morgenstunden. Bei vielen Kranken bleibt das Krankheitsbild immer auf diese Symptome beschränkt — sie gelangen nie zur Harnretention; sie urinieren mit Schwierigkeit, aber entleeren die Blase. Leider ist dieser günstige Verlauf nicht so häufig und früher oder später verstärken sich die Symptome und der Kranke tritt in's zweite Stadium ein. Der Harn wird nicht mehr im Strahle, sondern tropfenweise entleert. Der Kranke kann nicht mehr im Bette urinieren, sondern muß zu diesem Zwecke aufstehen und oft knien; die Blase wird nicht mehr ganz entleert und nach einer mehr oder weniger langen Dysurie kann der Kranke ohne bekannte Ursache oder oft nach einer Erkältung oder einem Diätfehler nicht mehr seinen Harn entleeren. Andere, nicht gerade seltene Komplikationen sind Cystitis, Hämaturie und phosphatische Blasensteine. Was die Behandlung anbelangt, so will Verfasser nur zwei Methoden derselben ausgeübt wissen. Den Katheterismus, welcher — unter antiseptischen Kautelen ausgeführt — oft schon nach kurzer Zeit das Hindernis beseitigt, und die Prostatektomie, welche N. in allen Fällen, wo durch Katheterismus das Leiden nicht behoben wird, oder wo infolge Cystitis Pyelonephritis droht, indiziert erscheint. Verf. geht derart vor, daß er nach Ausführung der Prostatektomia transvesikalis die Blase mit viel Jodoformgaze dilatiert und gleichzeitig auch damit deren Wände komprimiert. Die Gaze

hat aber außerdem noch den Zweck, den Harn zu absorbieren und nach aussen zu befördern. N. sah von dieser seiner Methode recht gute Resultate und empfiehlt sie auf's angelegentlichste. **Straschnow-Prag.**

Follen Cabot (M. D. of New-York): **The Cystoskope as an aid in genitourinary surgery.** (Medical News, January 21, 1905.)

Verf. praepariert jeden Patienten durch eine vorhergehende Behandlung wie für Cystoskopie, wie Sonden, Ausspülungen der Blase, mindestens 1 Woche vorher. Bei chroniseher Cystitis sind Blasenspülungen unbedingt erforderlich, um den zähen Blasenschleim, welcher bei der Beleuchtung stört, zu entfernen.

Cystoskopie ist schwer, lange Erfahrungen, grosse Geduld und viel Zeit sind erforderlich, ferner guter Gesichtssinn und ein vollendetes Farbenunterscheidungsvermögen, bei ruhiger leichter Hand 1% -ige Cocainisierung der Blase mittelst Weichgummikatheter ($^1/_2$ Unze) geht der Cystoskopie voraus.

Verf. gebraucht das Bischoff'sche Cystoskop, wie er überhaupt, besonders zur Ureterenkatheterisation das direkte Beleuchtungscystoskop bevorzugt. Sehr richtig ist ferner, vorher genau das Blasenvolumen zu bestimmen. (6—8 Unzen), besonders wenn Patient unter allgemeiner Anaesthesie steht, um nicht durch Überdehnung eine Blasenruptur hervorzubringen. Die Ureterenöffnungen in der Blase variieren bei normalen Individuen sehr verschieden.

Die Cystoskopie wird mit Erfolg verwandt

1., bei Steinen, besonders, wenn sie in Divertikeln etc. eingelagert sind, bei sehr kleinen Steinen etc. Bei Steinen im Ureter kann vermittelst der Kelly'schen Methode (mit Wachs bezogenen Kathetern,) derselbe oft entdeckt werden, auch bei Steinen im Nierenbecken versagt die Methode gewöhnlich nicht.

2., bei Neubildungen der Blase, (hier grösste Vorsicht, um keine lebensgefährlichen Blutungen hervorzurufen.)

3., bei Fremdkörpern in der Blase.

4., bei Tuberkulose der Urinwege (hier besonders bei Tuberkulose des unteren Teils der Harnwege) ist Cystoskopie sowenig als möglich anzuwenden. Verf. hat nach Cystoskopie und Ureterenkatheterisation nie üble Folgen gesehen, jedoch ist Auswahl der Fälle und sorgfältige Beherrschung der Technik nötig. **Rohleder-Leipzig.**

Dr. Mortier: Die spät auftretenden Erscheinungen der Prostatahypertrophie. (Le Progrès medical, 1905, No. 10.)

M. hat bei 4 Männern im Alter von 79 bis 87 Jahren, welche früher keinerlei Erscheinungen von Seiten ihrer vergrösserten Prostata hatten, akute Symptome auftreten sehen, akute Retention und spontane, starke Haematurie; bei dieser kommt das Blut direkt auch der kongestionierten Prostata selbst. Man muss diese Haematurien bei Prostatahypertrophie scharf von denen unterscheiden, die bei Carzinomen der Harnorgane auftreten. Therapeutisch ist bei so alten

Leuten von einer eingreifenden Operation, wie Prostatektomie, abzusehen, am besten ist — neben Regulierung der Diät — ein regelmässiger Katheterismus unter den strengsten anti- und aseptischen Kautelen.

Immerwahr-Berlin.

Dr. Julius Vogel in Berlin: Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der Nierenerkrankungen. (Berliner Klinische Wochenschrift 1905, No. 17.)

Verfasser bespricht die neueren Methoden in der Diagnostik der chirurgischen Nierenerkrankungen und kommt zu folgenden Schlüssen: Das wichtigste Mittel nicht nur zur Lokalisierung des Krankheitsprozesses, sondern auch zur Erhaltung von Aufschlüssen über die Funktion des Organs ist der Harnleiterkatheterismus. Haben wir mit seiner Hilfe den Urin jeder Niere getrennt erhalten, so kommen in Betracht: die quantitative Bestimmung der Harnstoffausscheidung beider Nieren, die Kryoskopie und die Phloridzinprobe. Daneben macht Verf. in jedem Falle die Kryoskopie des Blutes. Aber diese Proben sind einzeln unsicher, und nur als Ergänzungsmethoden zu betrachten. Die Diagnose darf sich daher niemals auf das Ergebnis einer einzigen derselben stützen, nur wenn die Resultate von mehreren übereinstimmen, ist man berechtigt, sie für die Diagnose zu verwerten. Unter Umständen können sie sogar alle im Stiche lassen, aber selbst dann noch gelingt es häufig genug, auf Grund einer sorgfältigen mikroskopischen, bakteriologischen und chemischen Untersuchung des Urins jeder Niere, durch peinlich genaue Verwertung aller Hilfsmomente und durch eingehende Berücksichtigung des gesamten klinischen Bildes zu einer richtigen Diagnose zu gelangen.

Immerwahr-Berlin.

Karl Bartscht: Ein Beitrag zur Lehre vom Koma diabetikum als Säureintoxikation. = Aus dem pathologischen Institut zu Greifswald. = (Inaug.-Dissert., Greifswald 1904).

Die Versuche des Verfassers haben den Nachweis gebracht, daß die ß-Oxybuttersäure durch den tierischen Organismus gekreist ist, folglich die in demselben festgestellten pathologischen Veränderungen der Nieren sich darauf zurückführen lassen. Die bereits von Busse beschriebenen schweren Veränderungen der Nieren, die man regelmäßig bei Menschen findet, die im Koma diabetikum gestorben sind, dürfen deshalb nach der Meinung des Verf., als eine Säurevergiftung der Rindenepithelien aufgefaßt werden. Diese toxische Nephritis ist bis zu einem gewissen Grade als pathognostischer Befund anzusehen, sodaß es gelingen kann, auch ohne die Beobachtung des Diabetes mellitus am Krankenbette den Tod an Koma diabetikum lediglich durch das Sektionsergebnis festzustellen.

M.

F. Hirschfeld (Berlin): Zur Prognose des Diabetes. (Deutsche mediz. Wochenschr. 1905, No. 5, p. 170.)

Hirschfeld kommt auf Grund seiner Erfahrungen an 47 Fällen von Diabetes zu folgenden Resultaten: Ein Teil der Fälle, die man bisher im all-

gemeinen als leichte zu bezeichnen pflegte, geben eine verhältnismäßig schlechte Prognose. Es sind dies die Fälle, die bei Aufnahme von 100 gr. Kohlehydrate 20—50 gr. Zucker ausscheiden. Bei ihnen kommt es häufig zur Nephritis, namentlich bei reichlicher Urinausscheidung und bei Vorhandensein von Adipositas oder Alkoholismus. Es handelt sich dabei meist um eine chronische parenchimatöse Nephritis. Ferner besteht eine größere Neigung zu Arteriosklerose und Herzschwäche. Bei den wirklich leichten Fällen von Diabetes, die bei 100 gr. Kohlehydrate nur ca. 10 gr. Zucker ausscheiden, tritt eine Lebensverkürzung durch die Krankheit nicht ein. **Schwerin** (Berlin.)

C. Posner und L. Rapoport: Prostatasekret und Prostatitis. Ein Beitrag zur Entzündungsfrage. (Deutsche mediz. Wochenschr. 1905, No. 13, p. 492.)

Die Verf. stellten durch Färbung mit Scharlachrot fest, daß die Bildung der für normales Prostatasekret spezifischen Lezithinkörnchen in den Epithelien der Prostatadrüsenschläuche stattfindet. Bei chronisch entzündlichen Zuständen der Prostata finden sich die Leukocyten des Sekretes vollgestopft mit Lezthinkörnchen, woraus sich das Fehlen der freien Körnchen bei chronischer Prostatitis erklärt. Die Lezithinkörnchen üben also einen positiv-chemotactischen Reiz auf die Leukocyten aus, sodaß es zur Phagocytose kommt. Hieraus ergibt sich eine Erklärung für das Zustandekommen der sogenannten „aseptischen Formen der Prostatitiden," von denen auch Posner eine kleine Anzahl beobachtet hat. Durch sexuelle Exzesse, Masturbation etc. kommt zur Erschlaffung der Detrusorfasern und damit zur Staung des Sekretes in der Drüse. Analog dem Vorgang bei der normalen Colostrumbildung, wie er von Bab geschildert worden ist, führt diese Stauung der Lezithinkörnchen zur Leukozyteneinwanderung in die Drüsenkanälchen, ein Vorgang, der sich von der „echten," durch Bakterien hervorgerufenen Entzündung nur graduell unterscheidet. Daß diese Formen der mechanischen Therapie der Prostatitis, die auf Kräftigung der Detrusorfasern gerichtet ist, die günstigsten Aussichten eröffnete, ist ohne Weiteres klar. **Hans Schwerin** (Berlin.)

Langstein: Beiträge zur Kenntnis des Diabetes mellitus im Kindesalter. = Vortr. im Verein f. innere Medizin in Berlin am 6. II. 05. = (Deutsch. med. Woch. No. 12, p. 455).

Langstein beobachtete in der Heubner'schen Klinik im Laufe von 10 Monaten 8 Fälle von Diabetes im Kindesalter. 4 Fälle gingen in kurzer Zeit in homa zu Grunde, nachdem sie teilweise kolossale Mengen Zucker — bis 90 g pro die bei einem $^5/_4$ jährigen Kinde — ausgeschieden hatten. In 2 Fällen konnte — die Beobachtungszeit dauert allerdings erst einige Wochen — ein Verschwinden des Zuckers beobachtet werden. Was die Diagnose betrifft, so ist zu berücksichtigen, daß die meisten Säuglingsurine nomal sehr stark reduzieren. Am schwersten ist daher die Fischer'sche Osazonprobe. Ferner kommt es besonders bei Enterokatarrh leicht zur Ausscheidung von Milchzucker, was natürlich mit Diabetes gar nichts zu tun hat. Ätiologisch

kam in L.'s Fällen einmal hereditäre Anlage in Betracht; zweimal war ein Trauma vorangegangen. Als Ursache des schweren Verlaufs bei Kindern sieht L. die normal vorhandene große Neigung zur Acidosis an. Therapeutisch schien die Hafermehl-Diät von gewisser Wirkung zu sein.

In der anschließenden Diskussion wurde die schlechte Prognose des kindlichen Diabetes betont. Über die Zweckmäßigkeit der Hafermehlkur waren die Ansichten geteilt. **Hans Schwerin-Berlin.**

A. Freudenberg-Berlin: Ein neues Ureterenkystoskop für den Katheterismus eines oder beider Ureteren. (Ztrlbl. f. Chir. 1904, No. 51).

Das Instrument zeigt zwei neue Prinzipien: Erstens sind Lampe, Prisma (resp. Objektlinse) und Austrittsöffnung für die Ureterenkatheter an der hinteren, der Konvexität des Schnabels entsprechenden Seite des Schaftes angebracht. Infolge dieser Einrichtung liegen Lampe, Prisma und Austrittsöffnung dicht beieinander und können, ohne dass der vorspringende Schnabel im Wege ist, auch ganz dicht an die Ureterenmündung herangeführt werden, die dadurch besonders gut erleuchtet, stark vergrössert und leicht von den Ureterenkathetern entriert werden. Ausserdem braucht man nicht wie bisher den Schnabel des Instrumentes nach hinten zu drehen, um die Ureterenmündungen aufzufinden und zu katheterisieren, noch den Schnabel wieder nach vorn zu drehen, um das Instrument wieder herauszuziehen, welch letzterer Vorteil besonders von Wichtigkeit und Wert ist für den Verweilkatheterismus der Ureteren, bei dem früher durch die beim Herausziehen des Metallinstrumentes entstehende Kreuzung der Ureterenkatheter die letzteren leicht mitgerissen wurden.

Zweitens kann man bei dem neuen Instrument nicht nur den optischen Apparat herausziehen, sondern auch die Zwischwand zwischen demselben und dem zur Aufnahme der Ureterenkatheter bestimmten Raum innerhalb des Instrumentes, so daß das Innere des Instrumentes dann einen einzigen großen, ovalen Kanal bildet, in welchem die Ureterenkatheter vollkommen frei beweglich liegen. Da so die Reibung im Innern enger metallischer Kanäle oder zwischen Instrument und Urethra fortfällt, ist es nunmehr leicht, das Instrument über den Ureterenkathetern herauszuziehen, ohne daß diese dabei mit herausgezogen werden.

Das Instrument kann für den gleichzeitigen Katheterismus beider Ureteren wie für den Katheterismus nur eines Ureters angewendet werden, ist nach Entfernung des optischen Apparates auch als Irrigationskystoskop und zur Auspumpung kleiner Steinchen oder Steintrümmer brauchbar und wird vielleicht auch durch Applikation geeigneter Hilfsinstrumente — an Stelle der entfernbaren Zwischenwand — für gewisse endovesikale Eingriffe (Fremdkörperextraktion, Galvanokaustik usw.) verwendbar werden. **Schwab-Hamburg.**

J. Wallerstein: Über die fistula urethrae penis congenita vera. (Inaug.-Dissert., Straßburg 1904).

Unter einer wahren angeborenen Penisfistel ist eine angeborene abnorme Öffnung (meist der Harnröhre) am Penis bei sonst ganz normal gebildeter Harnröhre, bei normal gebildetem Orificium externum, an einem im

übrigen normal gebauten Penis zu verstehen. Bisher ist nur ein einziger solcher Fall von Blandin 1846 veröffentlicht, dem Verfasser einen zweiten aus der Straßburger chirurgischen Klinik, an einem 17 Monate alten Kind beobachtet, anreiht. Wohl zu unterscheiden von dieser Art von Harnröhrenfistel sind diejenigen Fälle, in welchen entweder Verengerung oder teilweise Obliteration der Harnröhre vor der abnormen Öffnung sich findet. Bezüglich der Entstehung nimmt W. eine Kombination von Hemmungsbildung und verstümmelnder Spaltmissbildung infolge Umschnürung des Penis durch einen abnormen amniotischen Strang an.

Die funktionellen Störungen betreffen die Harnentleerung und eventuell die Zeugungsfähigkeit. Behandlung: Urethroplastik (Deckung des Defektes durch Lappenbildung oder Nahtverfahren) am besten im 6.—8. Lebensjahre des Patienten. **Schwab**-Hamburg.

Max Dapper: Über die Behandlung des Diabetes mellitus mit dem Geheimmittel „Djoeat" (Bauer). = Aus d. inneren Abt. des Städt. Krankenh. in Frankfurt a. M. (Oberarzt Prof. v. Noorden). = (Dtsche. med. Woch. 1904, No. 32, p. 1171.)

Bericht über 4 Fälle von Diabetes mellitus, die durch die Behandlung mit „Djoeat" eher eine Verschlimmerung erfuhren. **Hans Schwerin**-Berlin.

A. Hermann: Zur operativen Behandlung des Kryptorchismus. = Aus dem Rudolfinerhaus in Wien. = (Wiener klin. Wochenschr. 1905, No.6).

H. macht folgende Mitteilung: Sein Chef Gersuny hat in den letzten 2 Jahren in 4 Fällen von beiderseitigem Inguinalhoden an kindlichen Individuen eine neue Art der Fixation des reponierten Hodens versucht, deren Erfolge bisher recht zufriedenstellende sind. Die Methode stellt sich, in Kürze beschrieben, folgendermaßen dar: Nach vollständiger Befreiung des Samenstranges aus seinen Verbindungen, wie bei den übrigen Methoden, wird eine Seidennaht an dem Gewebszipfel, der dem unteren Pole des Testikels aufsitzt und wohl dem Reste des Gubernaculum Hunteri entsprechen dürfte, angelegt. Die Enden dieser Naht werden mit Hilfe einer Kornzange oder gestielten Nadel am tiefsten Punkte des Septum scroti durchgeführt und mit den Enden einer analogen, an dem gegenüberliegenden Hoden befestigten Naht verknüpft oder selbst zu dieser Naht verwendet. Dann folgt die Verengerung der Eingangsöffnung in die Tunica Dartos, Vereinigung der Aponeurose des musculus obliquus externus, wobei die Hüllen des Samenstranges an mehreren Stellen in die Naht mitgefasst werden, und Hautnaht.

Bei einseitiger Mißbildung hat sich Gersuny bisher mit der Befestigung des gedehnten Funiculus spermaticus an mehreren Stellen der Aponeurose und dem Periost des horizontalen Schambeinastes begnügt, doch wäre die beschriebene Methode mit einer geringen Modifikation auch für diese Fälle anwendbar. Die durch das Septum scroti geführte Naht wäre auf der anderen Seite entweder an der Tunica vaginalis testis oder der lateralen Seite der Skrotalhaut zu befestigen.

Der Vorteil der beschriebenen Methode ist der, daß dabei eine feste Brücke zwischen beiden Testikeln geschaffen wird, welche durch das Septum

scroti und die Crura penis so gestützt wird, daß ein Zurückschlüpfen der Hoden unmöglich wird; die Operation ist außerdem sehr leicht ausführbar und erfordert nur kurze Behandlungszeit. **Grätzer**-Sprottau.

D. N. Rosnatowski: Beitrag zur Frage der totalen Exstirpation der Prostata. (Moskauer Dissertation. Wratschebnaja Gazetta 1904, No. 42).

Verfasser führt aus, daß die anatomischen und physiologischen Untersuchungen der letzten Jahre ebenso wie die klinischen Beobachtungen keine Veranlassung geben, die Prostata als ein Organ zu betrachten, welches im normalen Miktionsakt eine wesentliche Rolle spielt. Die zweckmäßigsten Operationsmethoden sind die perinealen Methoden der Prostata-Exstirpation nebst querer oder gelappter Incision des Dammes. Mittelst der suprapubischen Methode kann die Prostata nicht immer entfernt werden. Die systematische Anwendung der kombinierten Methoden bei einfacher Hypertrophie ist durch besondere Notwendigkeit nicht gerechtfertigt und kann nur auf exklusive Fälle beschränkt, beispielsweise bei malignen Neubildungen der Prostata angewendet werden. Die vollständige Exstirpation der Prostata befreit die Kranken sowohl bei der Hypertrophie, wie auch bei den malignen Neubildungen derselben von der Harnretention und deren Folgen. Erscheinungen von Harnincontinenz nach vollständiger Exstirpation der Prostata werden in der Mehrzahl der Fälle nicht beobachtet. Als seltene Ausnahmen werden nicht besonders stark ausgesprochene relative Erscheinungen von Incontinenz angetroffen. In der Mehrzahl der Fälle erlangt die Blase nach der Exstirpation der Prostata die Fähigkeit, sich vollständig zu entleeren, entweder bald nach der Operation oder nach einem mehr oder minder längeren Zeitraume. Die zweckmäßigste Methode unter den zahlreichen sogenannten radikalen Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie ist die vollständige Exstirpation der Drüse. **M. Lubowski**-Berlin-Wilmersdorf.

Dr. Tada Urata: Experimentelle Untersuchungen über den Wert des sogen. Crédé'schen Tropfens. (Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. XIII, Heft 3/4.)

Die japanische Kollegin hat an der Marburger Klinik die wichtigsten der zum Ersatz für die 2% Arg. nitr.-Lösung vorgeschlagenen Mittel eingehend studiert, u. zw. insbesondere die 1% Arg. nitr.-Lösung, das Protargol und das Arg. acet. 1%. Sie infizierte das Auge eines Kaninchens, an dem vorher beide Tränenpunkte behufs Verhinderung des Bakterientransports in die Nase galvanokaustisch verschlossen worden waren, mit verschiedenen Bakterienarten und träufelte dann das betreffende Mittel ein. Dabei wurde sowohl auf die bactericide Wirkung, als auch auf das Auftreten von Reizerscheinungen geachtet.

Es ergab sich, daß immer noch die von Crédé angegebene 2% Arg. nitr.-Lösung allen anderen Mitteln vorzuziehen ist. **Drucker**-Stuttgart.

M. N. Moskalew (Kiew); Experimentelle Überimpfungen von Gonococcen auf kleine Laboratoriumstiere und serotherapeutische Versuche. (Russki Wratsch. 1905, No. 9).

Verfasser gelangt auf Grund seiner im Laboratorium für chirurgische Pathologie und Therapie von Prof. A. D. Pawlowski zu Kiew in der angegebenen Richtung angestellten experimentellen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Die besten Nährmedien zur Züchtung der Gonococcen sind diejenigen von Wassermann, Wertheim und Kiefer. Das Nährmedium von Kiefer läßt sich leichter herstellen.

2. Die pathogene Wirkung der Gonococcen kommt bei Kaninchen zur Geltung, wenn die Gonococcen subkutan oder intraabdominal eingeführt werden.

3. Die Gonococcen sind für weiße Mäuse pathogen; in die Bauchhöhle injiciert, rufen sie bei diesen Tieren eine tötliche Infection hervor, die mit Vermehrung der Gonococcen in der Peritonealhöhle einhergeht. Weiße Mäuse sind das am meisten geeignete Objekt zur Prüfung der Wirkung der Gonococcen auf Tiere.

4. Die Wirkung der Gonococcen auf verschiedene Gewebe der Tiere beruht auf der Wirkung des Gonotoxins, das aus den Leibern der Gonococcen frei wird. Dieses Gonotoxin wirkt auf die weißen Blutkörperchen chemotaktisch und ruft in manchen Geweben eine sterile Eiterung, in anderen (Peritoneum) die Bildung von klaren Exsudaten hervor, indem es die Gefäße beeinflußt und auf die Zellen cytolytisch einwirkt.

5. Das Serum von Kaninchen, die Immunität erlangt haben, besitzt weißen Mäusen gegenüber bis zu einem gewissen Grade Schutz- und Heilkraft.

Weitere Versuche zum Studium der Serotherapie von Gonococcen, Erkrankungen an größeren Tieren sind sehr erwünscht.

M. Lubowski-Berlin-Wilmersdorf.

C. Ströhmberg: Die Abnahme der Gonorrhoe bei den Dorpater Prostituierten seit dem Jahre 1898. (St. Petersb. medizin. Wochenschr. No. 8, 1905.)

Bei aller Tragweite der modernen Verhandlungen über die sexuelle Abstinenz, die geschlechtliche Aufklärung der Jugend, die Schäden der Kurpfuscherei, die Beteiligung der Krankenkassen an der Behandlung der Kranken durch Rekonvaleszentenheime für Syphilitische, über die Melde- und Verschwiegenheitspflicht der Ärzte bezüglich der in Betracht kommenden Krankheiten, über die Fürsorgeerziehung der minderjährigen Prostituierten u. s. w. hält Verfasser als wichtiger im Kampfe mit den Geschlechtskrankheiten: die Untersuchung und Behandlung der Prostituierten selbst. Leider aber mangelt es bisher an einer allgemeinen wissenschaftlichen Organisation der ärztlichen Tätigkeit, deren Entwickelung durch die Propaganda der Abolitionisten und Sozialdemokraten verhindert wird. In einer früheren Arbeit hat Verfasser nachgewiesen, daß unter den Dorpater Prostituierten der Prozentsatz der condylomatös Syphilitischen von 33% auf 21% herabgegangen sei. Jetzt sucht Ströhmberg die Frage zu erörtern, ob es mit Hilfe der mikroskopischen Gonococcen-Untersuchungen und der dadurch bedingten sorgfältigen Behandlung gelingen könnte, die Zahl der gonorrhoisch inficierten Prostituirten zu vermindern. Verfasser glaubt, an der Hand seiner Sta-

tistik die Frage im bejahenden Sinne beantworten zu dürfen: von 32—36% ist in der letzten Beobachtungsperiode der Prozentsatz auf 16—19 gesunken, was Autor auf die genauen mikroskopischen Untersuchungen und auf folgende gehandhabte Maßregeln zurückführt; etwa 4wöchentliche stationäre, gesteigerte ambulatorische Behandlung, Mahnung zur Sauberkeit und häuslichen medicamentösen Weiterbehandlung, unentgeltlich verabfolgte Medikamente und Empfehlung der Mittel zur persönlichen Prophylaxe.

S. Priesmann-Libau.

Dr. Karl Flügel-Frankfurt a. M.: Über Rectalgonorrhoe bei Vulvovaginitis infantum. (Berliner Klinische Wochenschrift 1905, No. 12).

Unter 56 Fällen von gonorrhoischer Vulvovaginitis infantum war in den Krankengeschichten der letzten 9 Jahre 11 mal Gonorrhoe des Rectums verzeichnet, also in 20% der Fälle. Dieser verhältnismäßig hohe Prozentsatz, welcher zwar nicht ganz so hoch ist, wie der bei gonorrhoisch erkrankten Frauen gefundene, von denen etwa ein Drittel an Gonorrhoe des Rectums erkrankt ist, erklärt sich wohl daraus, daß stets auf das Vorhandensein von Gonococcen gefahndet wurde, auch wenn keine äußerlich wahrnehmbaren Veränderungen vorlagen. Es muß dabei hervorgehoben werden, daß eine einmalige Untersuchung auf Gonococcen nicht immer zur Stellung der Diagnose genügt. Von den verschiedenen Infektionsmodalitäten, die bei Erwachsenen existieren, kommt nach Lage der Dinge nur das Überlaufen des gonococcenhaltigen Vaginalsekretes über den Dammius Rectum in Betracht. Die Behandlung bestand meist in Applikation von Suppositorien, die 0,01 Argentum nitricum oder Albargin enthielten oder Ichthyol 1,0. In anderen Fällen wurden Ausspülungen des Rectums mit Sol. Arg. nitr. 1,0:3000,0 vorgenommen. Auffallend war, daß in allen Fällen das Rectalsekret früher gonococcenfrei wurde, als dasjenige der Vagina oder Urethra. Es hat dies seinen Grund darin, daß die Schleimhaut des Rectums nicht die günstigen Bedingungen für das Gedeihen der Gonococcen bietet, wie die Schleimhaut der Genitalien. Immerhin gewinnt das Vorhandensein von Rectalgonorrhoe eine praktische Bedeutung, als — besonders in den Fällen mit stärkerem Ausfluß aus dem Rectum — stets die Gefahr der Reinfektion der Vulva mit der Übertragung auf andere Kinder besteht. In allen Fällen von Vulvovaginitis infantum ist demzufolge auf das Vorhandensein einer Rectalgonorrhoe zu achten und gegebenenfalls eine entsprechende Behandlung einzuleiten.

Immerwahr-Berlin.

Svoboda: Ein Fall von Hermaphroditismus bei einem Kinde. (Wiener med. Wochenschrift No. 27, 1904.)

Der Genitalbefund ist folgender: große Labien, in denselben je ein hodenähnlicher Körper zu tasten, rudimentärerer hypospadischer Penis, nach unten gespaltenes Präputium, Andeutung von Nymphen, eine von einer Art von Hymen umgebene Urogenitalöffnung. Das Geschlecht des, als Mädchen erzogenen, Kindes ist nicht bestimmbar, auch von einer Probeinzision wäre vielleicht kein Aufschluß zu erwarten. Die soziale und rechtliche Stellung der Hermaphroditen kann nicht durch den Arzt, sondern nur durch ein Gesetz geregelt werden.

Straschnow-Prag.

Thimm-Leipzig: Vasenol — eine neue Arznei — Mittelgrundlage für Salben, Pasten und Injektionsflüssigkeiten. (Sonderabdruck aus der „Dermatol. Zeitschrift" Bd. XI, H. 8).

Nach den von ihm gesammelten Erfahrungen empfiehlt Verf. ein von der chemischen Fabrik Koepp (Leipzig-Lindenau) in den Handel gebrachtes Präparat — das Vasenol — auf das angelegentlichste. Das von der genannten Fabrik gelieferte Präparat stellt ein von Fettsäuren und Alkalien durchaus freies, in Wasser sehr leicht emulgierbares Vaselin dar. Durch Zusatz von Fettalkoholen gewinnt dasselbe eine ungemein große Rezeptionsfähigkeit für Wasser (bis zu mehreren 100% des eigenen Gewichtes), und kann dadurch, daß es den Schleimhäuten, resp. der äußeren Haut inniger anhaftet als jedes andere Viatikum, in vorzüglicher Weise dazu dienen, Medikamente in länger andauernden Kontakt mit den genannten Stellen zu bringen. In den Handel kommen folgende Präparate: 1., Vasenol (eine Vaselinemulsion mit 25% Wasser), dient als milde reizlose Cream, eignet sich besonders zur Herstellung von Salben, Pasten u. ä. 2. Vasenolum liquidum.

P. I. Tichomirow (Kasan): Über einen Fall von multipler Neuritis syphilitischen Ursprungs. (Wratschebnaja Gazetta 1904, Nr. 45.)

Der 25 Jahre alte Patient hat sich in der Kindheit eine Luxation beider Arme in den Ellbogengelenken zugezogen, im Alter von 12—14 Jahren eine tuberkulöse Affektion des rechten Knie- und des linken Hüftgelenks überstanden, worauf Deformation und Störung der Beweglichkeit in beiden Gelenken sich bemerkbar machte. Im Alter von 16 Jahren Rachendiphtherie, im Alter von 23 Jahren Urethritis mit vollständiger Genesung. Mäßiger Potus wird zugegeben. Vom 23. Lebensjahre erfreute sich der Patient einer guten Gesundheit. Von einer schädlichen Einwirkung der Farben, mit denen Patient berufsmäßig zu tun hatte, konnte hier nicht die Rede sein. Im Oktober 1903 Ulcus durum, aus welchem Anlaß er schon damals mit Quecksilber und Jodkalium behandelt wurde. Bald stellten sich sekundäre Syphilis-Erscheinungen, dann Schwäche der unteren Extremitäten, Parästhesien und Schmerzen in den Füssen ein, die sich allmählich steigerten und das Gehen unmöglich machten. Nach drei Wochen erkrankte der rechte Arm, nach weiteren 8 Tagen auch der linke: Schwäche, Parästhesien und hierauf heftige Schmerzen. Die Paresen in den oberen und unteren Extremitäten wurden bald sehr intensiv. Seit 15. Januar 1904 befindet sich der Patient in der Nervenklinik.

Status praesens: Allgemeine hochgradige Abmagerung, die aber in der Muskulatur der peripherischen Abteilungen der Extremitäten mehr ausgesprochen ist. An der rechten Mandel befindet sich eine Schleimpapel, an der Glans penis ein großes, unreines, sich hart anfühlendes Geschwür mit unebenen Rändern. Starke Parese sämtlicher Extremitäten mit peripherischer Anordnung; passive Bewegungen schmerzhaft, unmöglich; hochgradige Schmerzhaftigkeit der Nervenstränge der Extremitäten bei Druck. Reflexe vom M. triceps brachii beiderseits und vom rechten M. quadriceps dexter können nicht hervorgerufen werden, während die übrigen Reflexe lebhaft sind. Pupillen, Beckenorgane normal. Fußsohlenreflex fehlt. Sinnesorgane

nicht gestört (es besteht eine papilläre Hyperämie des Augapfels). An den Extremitäten ist eine Herabsetzung des Schmerz- und Tastsinnes von peripherischem Typus vorhanden. Die Erregbarkeit der Muskeln bei Einwirkung des elektrischen Stromes ist qualitativ etwas verändert. Die Untersuchung des Harns, des Sputums, der inneren Organe ergab keine Abweichungen von der Norm. Auf Grund dieses Befundes wurde die Diagnose auf syphilitische Polyneuritis gestellt und eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet. In der Tat verschwanden allmählich die Papel und der Schanker, die Parästhesien und die Schmerzen in den Extremitäten haben nachgelassen, die Bewegungen haben sich gebessert und die Sensibilität hat sich wieder hergestellt. Der Patient wurde kräftiger, korpulenter und befindet sich augenblicklich auf dem Wege zur Genesung. — Akute syphilitische Polyneuritiden werden sehr selten beobachtet und sind auch in der Literatur nur einzeln anzutreffen. **M. Lubowski**-Berlin-Wilmersdorf.

III. Besprechungen.

Jos. Englisch (Wien): I. Über Praeputialsteine. (Separatabdruck aus der „Wiener medic. Presse" Nr. 47, 48, 49, 1903).

Derselbe: II. Über eingelagerte und eingesackte Steine der Harnröhre. (Sonder-Abdruck aus dem „Archiv f. klin. Chirurgie", Bd. 72, Heft 13).

Derselbe: III. Über eingesackte Harnsteine. Steine des prostatischen Teiles der Harnröhre. (Sonderabdruck aus „Zentralblatt für die Krankh. der Harn- und Sexualorgane", Bd. 15, Heft 3).

Derselbe: IV. Über Pfeifensteine. (Separatabdruck aus dem „Zentralblatt für die gesamte Therapie". 1904, Heft 3).

Derselbe: V. Eingesackte Steine der Harnblase. (Separatabdruck aus der „Wiener Medic. Wochenschrift" Nr. 25 u. ff. 1903).

Die vorliegenden Abhandlungen, mit denen uns Englisch beschenkt hat, bilden wertvolle Zusammenstellungen der in der Litteratur verstreuten Mitteilungen über die vorliegenden Themata. Die bekannte Gründlichkeit des Verf. in der Behandlung der Stoffe hebt die Arbeiten weit aus dem Rahmen einfacher Sammelreferate und stempelt sie durch übersichtliche Form der Darstellung zu Monographien, auf die jeder zukünftige Bearbeiter der einschlägigen Dinge mit Notwendigkeit zu seinem eigenen Vorteil recurrieren muß und durch die ihm viele Arbeit und Mühe erspart bleiben wird. Eigene Untersuchungen des Verf. sind vielfach zu Grunde gelegt.

ad I. Die Zahl der beschriebenen Fälle beträgt nur an 80. An der Hand derselben bespricht Verf. die Aetiologie, Zusammensetzung, Symptome, Diagnose, Verlauf und Behandlung der überaus seltenen Affektionen.

ad II. Es werden hier nur diejenigen Steine besprochen, die vor der Prostata angetroffen sind. Sie sind streng zu scheiden in die eingelagerten

und die Divertikelsteine, u. z. sind als Divertikel nur diejenigen Erweiterungen der Harnröhre zu bezeichnen, deren Wand aus allen oder wenigstens einzelnen Schichten der Harnröhrenwand besteht. Nicht alle außerhalb der Harnröhre in einem gesonderten Sacke liegenden Steine sind demnach als Divertikelsteine zu bezeichnen. In Verwertung der reichhaltigen Litteratur folgt die ausführliche Besprechung.

ad III. Viele Eigentümlichkeiten dieser Steine ließen eine von II. gesonderte Besprechung angezeigt erscheinen. E. unterscheidet: 1. die Konkretionen der Vorsteherdrüse; 2. die eingelagerten Steine und 3. die eigentlichen Divertikelsteine, d. h. solche, welche in Ausstülpungen eines oder mehrerer Bestandteile der Harnröhre gelagert sind. Die einzelnen Formen finden eine eingehende Besprechung.

ad IV. Die Pfeifensteine bilden das Mittelding zwischen den eingelagerten Steinen der Blase und des prostatischen Teiles der Harnröhre. Nur 68 Fälle ließen sich aus der Litteratur zusammenstellen. Am Schluß finden wir alles Wissenswerte über „Zellensteine".

ad V. Verf. unterscheidet: 1., angewachsene (adhaerente) Steine; 2., eingesperrte (eingelagerte) Steine und 3., eingesackte im eigentlichen Sinne. Da jede Art eigene Erscheinungen macht, erfordert sie auch eine gesonderte Behandlung. Diese ist aber gerade bei den eingesackten Steine noch besonders schwierig. E. berücksichtigt die anatomische Grundlage und teilt ein: in 1., eingesackte Steine des Blasenendes des Harnleiters, 2., Steine zwischen den Schichten der Blasenwand, 3., eingelagerte Steine der Harnblase in der Umgebung des mittleren Vorsteherdrüsenlappens, 4., Steine hinter dem Lig. interuretericum, 5., abgeschnürte Steine, 6., Divertikelsteine. Letztere ist die weitaus häufigste Form und ist am eingehendsten, was den Raum anlangt, besprochen. Angefügt ist am Schluß die äußerst seltene Form der „Steine am Blasenhals und im oberen Teile der pars prostatica urethrae".

Wir müssen uns mit diesem kurzen Hinweis auf den Inhalt der äußerst verdienstvollen Arbeiten begnügen, möge der enorme Fleiß des Autors durch nicht minder fleißige Lektüre der Interessenten belohnt werden.

Blaneck-Potsdam.

Dr. Georg Flatau: Die Tabes dorsalis. Die wichtigsten Nervenkrankheiten in Einzeldarstellungen für den praktischen Arzt. Heft 2. (Verlag von Benno Konegen, Leipzig 1904.)

Aus der verwirrenden Fülle der Spezialwerke und aus eigenen reichen Erfahrungen den Kern herausschälen und für das Auge ein deutlich greifbares Bild gewinnen, ist ein Verdienst, das der praktische Arzt nicht hoch genug schätzen kann. Wenn er dieses Büchlein gut inne hat, wird es wie ein Reflex in die Gedankenarbeit seiner Diagnose hineinspielen. Unsere raschlebige Zeit verlangt rasche Diagnosen und rasche Heilung. Bei der rapiden Zunahme der Nervenkrankheiten, bei dem immerhin noch geheimnisvollen Dunkel, das über den meisten schwebt, ist ein Werkchen wie dieses „mit seinen kurzen, klaren und treffenden Winken" lebhaft zu begrüßen.

Dr. Singer-Wien.

Katharina Scheven: Denkschrift über die in Deutschland in Bezug auf das Bordellwesen bestehenden Verhältnisse und über seine sittlichen, sozialen und hygienischen Gefahren. Herausgegeben vom Bunde Deutscher Frauenvereine. (Dresden 1904.)

Die Schrift ist das Ergebnis einer Enquête, welche die Kommission „zur Hebung der Sittlichkeit" im Auftrage des Bundes deutscher Frauenvereine unternommen. Die Kommission hatte sich an die Amtsärzte in 300 deutschen Städten gewandt, aber nur von einem kleinen Bruchteil Auskunft über die Verhältnisse erhalten. Auf Grund dieser Berichte bekämpft nun die Verfasserin vor allem den Widerspruch zwischen dem Gesetz, das die Kuppelei verbietet, und der Verwaltungs-Praxis, die Bordelle duldet, ja autorisiert. Dann werden die sittlichen, sozialen und hygienischen Gefahren der Bordelle geschildert. Gegen diese Gefahren empfiehlt die Verfasserin die bekannte „Allgemein-Therapie": reine Sozialpolitik des Staates, Besserung der Wohnungsverhältnisse, Bekämpfung des Alkoholismus und der Geschlechtskrankheiten etc. Trotzdem sieht die Verfasserin ein, daß die Prostitution „ein Produkt unserer sozialen Verhältnisse" ist und verlangt deshalb einen neuen § 180 R. St. G. B., der das einfache Vermieten einer Wohnung an Prostituierte ignoriert, wenn keine gewerbsmäßige Ausbeutung damit verbunden ist, der sich aber mit aller Schärfe gegen die Bordelle wendet, da mit diesen Ausbeutung unzertrennlich sei. — Es ist zum mindesten fraglich, ob diese Behauptung allgemein zutreffend ist und ob eine sorgfältige Beaufsichtigung (z. B. durch die von Neißer geforderte „Sanitäts-Kommission") die Ausbeutung nicht wirksam verhindern kann. Jedenfalls aber ist es unlogisch, wenn die Verfasserin einerseits mit der Prostitution als einem „tiefgewurzelten sozialen Übel" rechnen will, andererseits aber die Bestrebungen bekämpft, die „mit der Prostitution als mit einer gegebenen Größe paktieren und nur auf ihre Assanierung gerichtet sind." Eine solche Bekämpfung ist um so weniger gerechtfertigt, als auf der einen Seite praktisch erfahrene Männer stehen, wie es Ärzte im allgemeinen doch wohl sind, auf der anderen Seite dagegen Frauen, die ja von den besten Absichten geleitet sein mögen, aber naturgemäß gerade in sexualibus nicht die nötige Sachkenntnis besitzen. Es wäre sehr ersprießlich, wenn man bei Erörterungen dieser Art mehr die brutale Gewalt der Tatsachen reden lassen wollte. Hat doch „der Mensch", wie Erb sagt, „— der männliche sowohl wie der weibliche — ein unzweifelhaft angeborenes Recht, ja man kann sagen, einen von der Natur ihm auferlegten Zwang, die Pflicht", seinen Geschlechts-Trieb zu befriedigen. Sache des Staates ist es also nicht, die Gelegenheit dazu zu erschweren, sondern zu erleichtern und vor allem möglichst ungefährlich zu gestalten.

Forchheimer Würzburg.

Magnus Hirschfeld: Das Ergebnis der statistischen Untersuchungen über den Prozentsatz der Homosexuellen. (Leipzig 1904. Verlag von Max Spohr.)

Für die Entscheidung der Frage, ob homosexuelle Handlungen in Zukunft noch strafbar sein sollen, erscheint es besonders wichtig, annähernd festzustellen, wie sich das Verhältnis der etwa begangenen Handlungen zu

den erfolgten Verurteilungen stellt. Hierzu ist zunächst die Zahl der sogenannten Urninge zu ermitteln, über die bisher nur äußerst vage Vorstellungen existieren. Eine Anzahl Stichproben über die Zahl der Homosexuellen innerhalb eng begrenzter, dem Auskunftgeber (meist wohl selbst Urning) genauer bekannter Kreise von 30 bis 1000 Personen, ergab Prozentsätze von 1 bis 5 Urningen.

Behufs zuverlässigerer Feststellungen richtete der Verfasser im Namen des bekannten Wissenschaftlich-humanitären Komitees eine Rundfrage an sämtliche Studierende der Technischen Hochschule in Charlottenburg und erhielt auf 3000 Briefe 1696 brauchbare Antworten, in denen sich 94% als heterosexuell (normal), 1,5% als homosexuell, 4,5% als bisexuell (sexuelle Neigung zu beiden Geschlechtern) bekannten, als abnorm also i. G. 6%. Diese gewiss unerwartet hohe Zahl stimmte aber mit einer, bereits früher von Dr. v. Römer unter Amsterdamer Studenten veranstalteten Umfrage sehr gut überein (von 308 : 94,1% heterosexuell, 1,9% homosexueil, 3,9% bisexuell, i. G. abnorm : 5,8%).

Eine zweite Umfrage Hirschfelds bei den Berliner Metallarbeitern, wobei die Frage der Bisexualität genauer präzisiert war, ergab auf 5721 Briefe 1912 Antworten, und zwar waren normal 94,25%, homosexuell 1,15%, bisexuell 0,73%, vorwiegend heterosexuell 1,88%, vorwiegend homosexuell 0,58%, fraglich 1,41%, also vorwiegend oder rein homosexuell i. G. 1,73%. Die Zahlen der drei Untersuchungen, die Kreise betreffen, welche man durchaus nicht als besonders disponiert für geschlechtliche Abnormität wird halten können, stimmen so nahe überein, daß man dies zweifellos als einen Beweis ihrer Glaubwürdigkeit gelten lassen muß, und ergeben im Durchschnitt 5,4% Abnorme, davon 1,5% Homosexuelle, 3,9% Bisexuelle (davon 0,8% vorwiegend homosexuell, 2,2% vorwiegend heterosexuell veranlagt).

Hirschfeld schließt aus diesen Zahlen, indem er aus guten Gründen das weibliche Geschlecht einbezieht, daß im Deutschen Reich im Ganzen 2,2%, — das sind (nach der Volkszählung von 1900) 1.200.000 Personen — mit reiner oder vorwiegend homosexueller Neigung leben. Demgegenüber nimmt sich die Zahl der Bestrafungen von 535 i. J. 1900 so geringfügig aus, daß in diesem Herausgreifen so weniger unter so vielen, aller Wahrscheinlichkeit nach Schuldigen, allerdings eine schwere Ungerechtigkeit liegt. (Die Gegner der Aufhebung des § 175 D. St. G. B. dürften freilich aus dem durch diese Statistik erwiesenen starken Überwiegen der Bisexuellen über die rein Homosexuellen den nicht ganz unberechtigten Schluß ziehen, daß doch wohl die meisten, die sich für Urninge halten, bei einigem guten, durch Furcht vor Strafe unterstützten, Willen sich auf heterosexuelle Akte beschränken könnten. Ref).

Felix Block-Hannover.

Hirschfeld's „Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen" ist im VI. Jahrgang erschienen. Auch in diesem stattlichen Band hat Hirschfeld mit einem Stabe anerkannter Fachleute ein interessantes Material, besonders zur Erforschung der Homosexualität, zusammengetragen. Des Herausgebers statistische Enquete über die Häufigkeit der Homosexualität ist ja früher bereits als Sonderdruck bei Spohr erschienen und die geist- und mühevolle Arbeit

hat ja jenen bekannten christlich-sozialen Beleidigungsprozeß gezeitigt, bei dem Referent auch als Sachverständiger fungierte. Der über 700 Seiten starke Band bringt rechtswissenschaftlich eine Arbeit von Dr. Numa Prätorius, der die Homosexualität und Ehe, die Homosexualität und Entziehung des Pflichtteils und die Homosexualität und Handlungsfähigkeit vom Standpunkte des Bürgerlichen Gesetzbuches betrachtet. Professor von Neugebauer-Warschau setzt seine früheren Beobachtungen über Pseudohermaphroditisnus mit besonderer Berücksichtigung der Form des Ps. masculinus internus fort, denen er die weiteren Fälle von periodischen genitalen Blutungen menstruellen Anscheins (Pseudo menstruelle Blutungen Menstruatio vicaria) bei Scheinzwittern anfügt. Neben der Arbeit von Dr. Benedict Friedländer über „die physiologische Freundschaft als normaler Grundtrieb des Menschen und als Grundlage der Soziabilität, interessiert ein Aufsatz von Professor Caspar Wirz V. D. M., der vom orthodox-evangelischen Standpunkt den Uranier vor Kirche und Schrift betrachtet. In Zeilen voll Menschenliebe und abgeklärter Weisheit des Greises, der viel vom Leben weiß, kommt Wirz zu dem Schluß, daß der Uranier sich nicht gegen die heilige Schrift zu verteidigen habe, nicht gegen eine einzige Stelle derselben. Prof. Ludwig Frey mit seinem Artikel „Aus dem Seelenleben Platens" führe ich nur an, um die mir am wichtigsten erscheinende Arbeit Dr. von Römers aus Amsterdam zu erwähnen. Wir alle, die wir uns mit der Erforschung der sexuellen Zwischenstufen befassen, haben uns bemüht und bemühen uns noch, die Formen und Erscheinungen zu systematisieren und rubrizieren, um unsere Untersuchungen auf eine bleibende wissenschaftliche Grundlage zu stellen. An die Darstellung eines Schemas der Geschlechtsdifferenzierungen hat sich nun von Römer — und nach meiner Ansicht mit gutem Gelingen — gemacht. Die Arbeit mit ihren zahlreichen neuen Wortbildungen ist so fesselnd und wertvoll, daß sie eine besondere Besprechung in weiterem Rahmen finden soll. **Dr. Merzbach**-Berlin.

„Die Entwicklung der Dermatologie in Berlin" betitelt sich eine kleine, aber recht lesenswerte und fleißige Arbeit Paul Richters, der diese den Teilnehmern am IV. Internat. Dermatolog. Kongreß in Berlin überreicht hat und die bei Hirchwald erschienen ist. Durch Pergamente, Chroniken und Zeitschriften über Leibniz und die Akademie der Wissenschaften führt uns Richter in die Zeiten, wo von einer Dermatologie als Wissenschaft in Berlin eben erst unter Simon und von Bärensprung die Rede sein konnte, während England, Paris und Wien schon lange vor unserer Metropole Centra der Dermatologie darboten. Medizinisch-historische Studien sollten den Ärzten wahrlich mehr am Herzen liegen, denn ich meine, wer seine Wissenschaft funditus verstehen will, der muß auch ihre Haupt- und Teilarbeiten kennen, um an dem Gewesenen das Gewordene zu ermessen und zu bewerten. **Dr. Merzbach**-Berlin.

v. Frisch und Otto Zuckerkandl: Handbuch der Urologie. (Wien 1903—1905 b. Alfred Hölder.) I. Bd. 777 Seiten, Mk. 29,—. II. Bd. 866 Seiten, Mk. 30,—. III. Bd. im Erscheinen. Besprochen von **Goldberg**-Wildungen (Köln).

„Das unter Mitwirkung bewährter Lehrkräfte erscheinende Handbuch der Urologie soll — unter kritischer Verwendung der Forschungsergebnisse — ein Bild vom modernen Stande der Lehre in wissenschaftlicher Darstellung liefern". Diese Worte des Prospekts sind in vollem Masse erfüllt worden; das kann man heute, obgleich der 3. Band noch nicht ganz erschienen ist, ruhig vom ganzen Werk behaupten.

Die grosse Bedeutung dieser Erscheinung für jeden, der sich mit Harnkrankheiten beschäftigt, macht einer Zeitschrift „für Harnkrankheiten" eine eingehende Würdigung geradezu zur Pflicht.

I. Band.

Der 1. Band umfasst gewissermassen die Urologie bis zum Physikum: Anatomie, Physiologie, Chemie, Bakteriologie, Untersuchungsmethoden, Symptomatologie.

„Anatomische Einleitung". Von E. Zuckerkandl. S. 1—116. Der Wiener Anatom (zu unterscheiden von dem Mitherausgeber, dem Wiener Chirurgen und Urologen Otto Z.) gibt unter diesem schlichten Titel eine erschöpfende Beschreibung der genetischen, makroskopischen, histologischen und topographischen Anatomie der Nieren (S. 1—20, 28—34), der ableitenden oberen Harnwege (S. 21—38), der Harnblase (S. 39—62), der Harnröhre, (S. 62—103: Längenmasse, Weitenmasse, Abschnitte, Schleimhaut, Muskulatur, Drüsen, Entwicklung, Anomalium, Beziehung zu den umliegenden Teilen, Lichtung, die Harnröhre als Ganzes, die weibliche Harnröhre (Gefässe der Harnröhre), der männlichen Geschlechtsdrüsen (S. 103—116). Dass gereiftes Urteil und grösste Erfahrung dem V. die Feder führen, ist angesichts des Wiener Materials selbstverständlich; nicht so selbstverständlich und daher besonderer Betonung wert ist Z.'s scharfes Erfassen der Folgerungen für die Urologische Praxis: ich weise da z. B. auf das Kapitel „Anomalien der Niere" hin; Nobilität, Dyskopie, Aplasie, Solitärniere werden kurz, aber so skizziert, daß Cystoskopiker wie Operateur sogleich Bescheid wissen. Z. bezweifelt, daß angeboren Einnierige je 2 normal in die Blase einmündende Harnleiteröffnungen haben.

„Physiologie der Harnabsonderung". Von H. Köppe. (S. 117 bis 207).

1. Das Absonderungsprodukt, der Harn wird bz. seiner physikalischen Eigenschaften besprochen (S. 118—124).

2. Das Absonderungsorgan. „Auch aus dem Bau einer ihm bisher unbekannten Maschine kann ein erfahrener Ingenieur auf ihren Zweck und ihre Leistung schliessen"; der feinere Bau, Verschiedenheit der Struktur des ruhenden und des arbeitenden Organs, insbesondere nach Farbstoffeinverleibungen werden unter diesem Gesichtspunkt erörtert.

3. Die bei der Harnabsonderung beteiligten Kräfte: 1. der hydrostatische Druck in seiner Abhängigkeit vom Blutdruck, von Vagus-Reizung, Blutentziehung, Arterienligatur, Transfusion, Rückenmarksdurchschneidung — oder Reizung, Durchschneidung der renalen Gefässnerven, Verengerung der Nierenarterie, Verschluss der Nierennerven, Digitalis, Ureterligatur; 2. der osmotische Druck: Theorie, Messung, (Gefrierpunktser-

niedrigung, Siedepunktsbestimmung, Sonenbestimmung), Untersuchungsergebnisse werden besprochen; in scharfer Kritik werden alle neueren Arbeiten (Dreser, Taumann, Koranyi usw.) aufs eingehendste erörtert. (S. 132 bis 199).

Während diesen doch noch nicht geklärten Fragen also 80, von Ziffern und Formeln schwarze, Seiten gewidmet sind, wird „die Harnentleerung" mit ganzen 3 Seiten bedacht, ogleich für die Praxis grundlegendste Fragen: Verschluss der Harnblase, Innervation, Wesen des Harndrangs, Resorptionsfähigkeit usw. — hier nach physiologischen Gesichtspunkten hätten abgehandelt werden müssen

Der geistvolle Verfasser wird bei einer 2. Auflage diesem Teil der Physiologie etwas zusetzen dürfen, was er der gar zu fett gewordenen Osmosetheorie entziehen kann. Darum bleibt der Wert dieser letzten Abhandlung dennoch ein grosser; ist doch V. als kryoskopische Autorität bekannt.

Physiologie der männlichen Geschlechtsfunktionen. Von Sigm. Exner. (S. 208—265.)

A. Allgemeines: Die geschlechtliche Zeugung; die Männlichkeit in physischer Beziehung; die Männlichkeit in psychischer Beziehung.

B. Physiologie der Geschlechtsorgane: Die Testikel, die Vesiculae seminales (sind vielleicht auch Resorptionsorgane für das Hodensekret!), die Prostata, die Cowper'schen und Littré'schen Drüsen.

C. Das Sperma: Spermatozoen, geformte Bestandteile, chemische Bestandteile; Erektion, Ejakulation (14 Seiten).

Die Darstellung ist ebenso hervorragend im Inhalt: weitblickende Berücksichtigung der Gesamtbiologie, der vergleichenden Physiologie, der Entwicklungsgeschichte, der Psychologie, als in der Form: Präcision und Klarheit machen uns auch die schwierigsten Fragen leicht verständlich.

Die Vielseitigkeit des verarbeiteten Materials (114 Arbeiten) sei durch einige Nummern des Literaturverzeichnisses illustriert: Groos, die Spiele der Tiere; Pelikan, das Skopzentum in Russland; Löw, die Chemotaris der Spermatozoen im weiblichen Genitaltrakt; Zeissl und Holzknecht: der Blasenverschluss im Röntgenbilde.

Chemische Untersuchung des Harns. Von J. Mauthner. (S. 266—384.)

M. will sich auf das Wichtigste beschränken, unter Heranziehung der neuen Literatur. Allgemeine chemische Eigenschaften und normale Bestandteile werden zunächst erörtert: Stickstoff, Harnstoff, die Rohkörper, die aromatischen Bestandteile, die Farbstoffe, die Kohlenhydrate, die verschiedenen organischen Säuren, endlich die anorganischen Stoffe hinsichtlich Menge, Bedeutung, Nachweis, Messung. Den pathologischen Bestandteilen (Eiweiß, Blut und Galle nebst Derivaten, Zucker, Acetonkörper [Aceton, Acet-Essigsäure, Buttersäure, Milchsäure], Eiweißzersetzungsprodukte, Schwefelwasserstoff) ist ein ihrer jeweiligen Wichtigkeit entsprechender Raum gewidmet. Zufällige Harnbestandteile, Harnsedimente, Untersuchungsplan, chemische Untersuchung der Harnkonkremente machen den Beschluß.

Der Besitzer des Handbuchs braucht, wenn er nicht gerade theoretisch arbeiten will, neben dieser Mauthner'schen Abhandlung sich kein besonderes

Lehrbuch der Harnanalyse anzuschaffen, da sie für die Praxis der Urologen ein ausreichender, wissenschaftlich zuverlässiger Wegweiser ist.

Die Bakterien der gesunden und kranken Harnwege. Von R. Kraus. (S. 385—510.)

S. 385—395: Zusammenstellung der bisher beschriebenen Bakterien der gesunden Harnröhre beim Mann und Weib.

S. 396—414: Gonococcus: Geschichtliches, Morphologie, Färbung, Züchtung, Eigenschaften, Pathogenität für Tiere, für Menschen, Toxine, experimentelle Therapie, Immunität, Differentialdiagnose.

S. 415—417: Bakterienbefunde bei Urethritis non gonnorhoica. Der weitere Inhalt wird durch die Kapitelüberschriften gekennzeichnet: Methodik der bakteriologischen Harnuntersuchung (Borspülung der Harnröhre, steriler Katheterismus). Enthält der normale Harn Mikroorganismen? 5. Über bactericide Eigenschaften des normalen Harns.

6. Zur Ätiologie der Cystitis. Von Völk. (S. 423—442.)

7. Auf welchem Wege gelangen Mikroorganismen in den Harn? Urethra. Nieren, Darm.

8. Können aus der infizierten Harnblase Mikroorganismen in andere Organe oder in den Kreislauf gelangen?

9. S. 452—496 folgt Beschreibung der Bakterien, die im Harn bei Cystitis häufig nachweisbar sind, Bact. Coli, B. lactis aerogenes, B. typhi, B. tuberculosis, Proteus, Streptococcus, Staphylococcus; was die viele Seiten einnehmenden Studien über Serodiagnose (Agglutination), Praecipitation etc.) der Colibacillose und des Typhus abdominalis in einem Handbuch der Urologie sollen, ist dem Referent unklar geblieben.

10. Bakterien, die in nicht cystitischem Harn bei Infektionskrankheiten nachweisbar sind.

11. Über die Verwendbarkeit postmortaler Harnbefunde.

Die Asepsis in der Urologie. Von O. Zuckerkandl. (S. 511—538.) Katheterfieber, Sterilisation urologischer Instrumente, aseptischer Katheterismus, aseptische Blasenspülungen, Asepsis bei der Kystoscopie, bei endovesicalen und urethralen Operationen, bei blutigen Eingriffen an den Harnwegen — finden knappe, aber inhaltlich durch Exaktheit im Detail wie durch Objektivität gleich hervorragende Darstellung.

Klinische Untersuchungsmethoden. Von v. Frisch. (S. 538 bis 687.)

Inspektion, Palpation, Sondenuntersuchung der Urethra, Urethrometrie, Urethroscopie (S. 538—571.)

Inspektion, Palpation, Perkussion der Blase (571—575). Katheterismus zu diagnostischen Zwecken, Explorativsondierung, mit erschöpfender Darstellung der Katheter-Arten und Formen (575—598); Kystoscopie (598—625); Digitalpalpation, endlich Radiographie der Blase (—628).

Untersuchung der Prostata und der Samenblasen (rectale, endourethrale, endovesicale) (S. 628—634). Untersuchung der Nieren durch Inspektion, Perkussion, Palpation, Funktion, Incision, Harnscheidung, Harnleiterkatheterismus (634—661), funktionelle Nierendiagnostik (661—674), und durch Radiographie.

Aus jedem Satz spricht die Erfahrung des vielbeschäftigten Urologen, des kühl abwägenden Gelehrten, und des kundigen Lehrers, der weiß, was wichtig und was mehr nebensächlich ist. — Ganz dasselbe gilt vom folgenden Kapitel:

Allgemeine Symptomenlehre. Von O. Zuckerkandl. (S. 687 bis 779.)

Nierenschmerz; Blasensymptome der Nierenerkrankungen; Harnvergiftung; Störungen der Harnentleerung; Harnverhaltung; Harninkontinenz; Harnfieber; Harnröhrensymptome; Haematurie; Pyurie, Bacteriurie; Polyurie, Oligurie, Anuirie.

II. Band.

Die Verletzungen und chirurgischen Erkrankungen der Nieren und Harnleiter. Von Paul Wagner. (S. 1— 367.)

Der 1. Abschnitt „Allgemeine diagnostische Bemerkungen" wiederholt notgedrungen manches im I. Band (Untersuchungsmethoden, Symptomenlehre) bereits enthaltene, hat aber andrerseits den Vorteil, die Darstellung zu einer selbständigen, in sich abgeschlossenen zu gestalten. Im 2. Abschnitt „allgemeine therapeutische Bemerkungen" werden die allgemeinen Anzeigen und die Operationsverfahren geschildert. Folgen sämtliche chirurgischen Krankheiten der Nieren im Detail. Wie gründlich Wagner dabei zu Werke geht, möge die Bemerkung z. B. zeigen, daß er der Behandlung der Wanderniere allein ca. 20 Seiten widmet, der Wanderniere überhaupt 40 Seiten. Die umfassende Kenntnis der alten und neuen, außerordentlich großen Literatur der Nierenchirurgie bewahrt den V. in gleicher Weise vor einer Unterstützung nicht chirurgischer Maßnahmen, wie vor einer Empfehlung halber oder ungenügend geklärter Operationen: „gesunde" Wandernieren zu exstirpieren, aseptische Sacknieren zunächst anders, als durch Nephrotomie in Angriff zu nehmen, lehnt er nicht minder ab, wie andrerseits Partialexstirpation tuberkulöser Nieren. Der funktionellen Diagnostik steht er noch abwartend gegenüber; diagnostische Explorativoperationen hält er noch nicht für gänzlich ausgeschlossen. Das Literaturverzeicheichnis, worin nach V. „nur einige der wichtigeren" Arbeiten angeführt seien, umfaßt 14 engbedruckte Seiten.

Medizinische Klinik der Krankheiten der Niere und des Nierenbeckens. Von Mannaberg. (S. 381—537.)

Es ist von sehr maßgebender Seite die Abhandlung der internen Nierenkrankheiten im Rahmen der urologischen Spezialdisziplin beanstandet worden. Aber eine wissenhchaftliche Durchdringung auch nur der Chirurgie der Harnwege hat die genauere Kenntnis des Verlaufs innerer Nierenkrankheiten zur Grundlage; da nun die urologischen „Spezialisten" mehr und mehr gerade von den Chirurgen sich abzweigen, dürfte auch aus praktischen Gründen in einem „Handbuch" dieses „Spezialisten" unter keinen Umständen die interne Klinik fehlen. Die nüchternen, theoretischen Spekulationen abholde Darstellung M.'s, durch typische Krankheitsgeschichten passend illustriert, ist gerade für die der internen Medizin etwas entfremdeten Ärzte sehr geeignet. Operationen bei akuter Anurie hält M. nur nach Mißlingen aller andren therapeutischen Verfahren für erwägungswert; als eine Behandlung der chronischen

Nephritis lehnt er die Enthülsung ebenso wie die Nephrotomie mit Entschiedenheit ab.

Die Erkrankungen der Harnblase. Von O. Zuckerkandl. (S. 546—776).

Rupturen, Traumen, Hernien, Bildungsfehler, Cystocelen werden in den ersten 50 Seiten abgehandelt. Die Beschreibung der Cystitis erhält durch zahlreiche, hier zuerst mitgeteilte pathologische Befunde Farbe und Wert. Fremdkörper, Steine, Geschwülste, Entozoen beschließen die Abhandlung.

1. Für die Diagnostik auch der Blasensteine hält Z. die Radiographie für wertvoll. Zahlreiche eigene Praeparate von Tumoren sind abgebildet. Endovesikaler Operation der Tumoren ist Z. wegen der Schwierigkeit praeoperativer Diagnose der Gut- oder Bösartigkeit nicht geneigt.

2. Je mehr der Urologe selbst gesehen hat, mit um so größerer Befriedigung wird ihn die Lektüre erfüllen; denn um so mehr wird er eigene Erfahrung, bz. Behandlung und Voraussage insbesondere, bestätigt finden.

Die nervösen Erkrankungen der Harnröhre und der Blase, (S. 777—866) sind von Frankl-Hochwart zum Gegenstand besonderer Abhandlung gemacht worden. In dem Nothnagel'schen Handbuch haben Frankl-H. und Zuckerkandl gemeinsam dieses Gebiet bearbeitet.

Im I. Kapitel werden auf Grund direkter Selbstbeobachtungen und auf Grund der Experimentalergebnisse die Physiologie des Harndrangs, des Blasenverschlusses, der Harnentleerung und die Innervative der Blase geschildert. Die allgemeine Symptomatologie der Neurosen (II. Kapitel) unterscheidet: sensible Anomalien (Schmerzen, Steigerung und Herabsetznng des Harndrangs), spastische und paretische Dysurie, Retention und Inkontinenz. Zu der speziellen Symptomatologie werden die Blasenstörungen bei spinalen, cerebralen, peripheren Erkrankungen des Nervensystems, endlich bei Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie gesondert beschrieben. Endlich das 4. Kapitel ist der Therapie gewidmet, jedoch nur der symptomatisch-neuro-urologischen, nicht der kausalen der betr. Krankheit; einerseits werden allgemein die therapeutischen Methoden, andrerseits die speziellen Indikationen besprochen. Eine größere Ausführlichkeit des Kapitals „Therapie" wäre m. E. nützlich gewesen.

Hiermit endigt der II. Band. Über den Schlußband (Erkrankungen an Harnröhre, Penis, Genitalien) werden wir nach Abschluß berichten.

IV. Notizen.

Herr **Dr. Wolff-Metz** teilt uns mit, daß ihn die in dsr. Monatsschrift erschienene Vorlesung von Lavaux „Über die Anästhesierung der Nieren und der oberen Harnwege" veranlaßt hat, auch gegen die Schmerzen der Urogenital- speziell der Blasentuberkulose das Gonosan zu verwenden. Die bisher damit gewonnenen Ergebnisse seien so befriedigender Natur, daß eine Nachprüfung des Mittels in diesem Falle angeregt erscheine.

SANATOGEN

wirksamstes Kräftigungsmittel
und
zuverlässiges Nerventonicum

Indiciert bei

Sexual-Neurasthenie

Impotenz, Syphilis und Quecksilber-Kachexien
sowie Erschöpfungszuständen aller Art.

Den Herren Aerzten Literatur und Proben gratis und franco
von **BAUER & Cie.**, Sanatogenwerke, **Berlin SW. 48.**

Unguentum Heyden

Salbe aus **Calomelol** zu **antisyphilitischen** Schmierkuren *(Neisser)*. Nicht färbend, nicht beschmutzend. Leicht einreibbar (höchstens 15 Min.). Einzeldosis 6 g.

In graduierten Schieberöhren zu 60 und 30 g; letztere entsprechen dem üblichen Turnus von 5 Einreibungen. Verordnung in Einzelpackungen wegen Subtilität der Salbe zu vermeiden.

Calomelol

(Kolloidales Kalomel.) Ersatz für Kalomel als innerliches **Antisyphilitikum** in Tabletten zu 0,01 g, als Streupulver auf **Schanker, syphilitische Geschwüre.** Weniger giftig als Kalomel.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Fersan

(Jolles)

Eisen- und phosphorhaltiges Nähr- und Kräftigungsmittel.

Fersan in Pulverform.
Fersan in Pastillenform.

Jod-Fersan-Pastillen für Erwachsene
(in Original-Kartons zu 100 Stück).
Kal. jod. 0.05, Fersan 0.2.
D. S. 2mal tägl. je 3—6 Pastillen, je nach der Indikation.

Jod-Fersan-Schokolade-Kinder-Pastillen
(in Original-Kartons zu 50 Stück).
D. S. 2mal täglich je 2—4 Pastillen.

Fersanwerk Wien IX
Berggasse 17.

Erhältlich in allen Apotheken.

Den Herren Ärzten Literatur und Proben gratis und franko!

Novargan

Reizlosestes Antigonorrhoikum unter den Silberpräparaten. Ueberlegene keimtötende Wirkung. Für Injektionen, 0,25—1% ige Lösung. — In **frischen Fällen** (zur Abortivbehandlung 1—3% ige Lösung (10 cm^3) zu Injektionen oder 15% ige Lösung (0,5 cm^3) zu Instillationen. — Lösung **kalt** bereiten; darf für Blasenspülung auf 40° erwärmt werden.

Xeroform

Bester Ersatz für Jodoform.

Eminent austrocknend, ungiftig, nicht reizend. Desodorisiert selbst jauchige Sekrete. **Spezifikum bei nässenden Ekzemen, Intertrigo, Ulcus cruris, Verbrennungen.**

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Sapolentum Hydrarg. Görner

zur farblosen Quecksilber-Schmierkur

ist in Gelatinekapseln dispensierte 33⅓% Quecksilbersalbe löst sich in Wasser. Der Körperteil ist nach der Bearbeitung

farblos, sauber und geruchlos.

Bewährter Fortschritt!

Hauptvorzüge gegen Unguentum cinereum:
Unveränderliche Haltbarkeit und **Kontrolle des Masseurs.**
Ambulante Behandlung ohne Berufsstörung des Patienten.
Zuverlässige Wirkung, welche von Dr. Max Josef klinisch erprobt, in wissenschaftlichen Arbeiten besprochen und von Dr. A. Blaschko und vielen anderen Autoritäten lobend anerkannt ist.

(Derm. Centralbl. 1898 No. 6. Dtsch. Ärzte-Ztg. 1900 H. 8 und 1901 H. 2. Berl. klin. Wochenschr. 1900 No. 51 und 52. Lehrbuch d. Geschlechtskrankheiten, Dr. Max Joseph, III. Aufl. 1901).

Preis für 1 Schachtel mit je 10 Kapseln: à 3 gr. = 1,50, à 4 gr. = 1,75, à 5 gr. = 2 M., wie ungt. ciner. in Papier.

Zu beziehen durch alle Apotheken oder direkt von

Görner, Hofapotheker, **Berlin W.,** Ansbacherstr. 8.

Kein Vehikel befördert die Resorption wie **VASOGEN**

Jod-Vasogen
6% u. 10%

Innerlich und äußerlich an Stelle von Jodkali und Jodtinktur. Schnelle Resorption, energische Wirkung; keine Nebenwirkungen; keine Reizung und Färbung der Haut.

30 gr. Mk. 1.—, 100 gr. Mk. 2.50.

Hg.-Vasogen-Salbe
33⅓% u. 50%

enthält das Hg. in feinster Verteilung, wird schnell und vollkommen resorbiert, daher kein Beschmutzen der Wäsche, unbegrenzt haltbar und billiger als Ung. ciner.

In Gelat.-Kaps. à 3, 4 u. 5 gr.

Da wertlose Nachahmungen vorhanden, bitten wir, stets unsere Original-Packung („Pearson") zu ordinieren.

Vasogenfabrik Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg.

Anthrasol.

Gereinigter, farbloser Teer.

Anthrasol ist ein leichtflüßiges, hellgelbes Öl mit spezifischem Teergeruch, wird schnell resorbiert und besitzt größere Tiefenwirkung als gewöhnlicher Teer. Anwendung: wie Steinkohlenteer bei Ekzem, Pruritus, Lichen, Scabies usw.

Literatur und Muster zu Diensten.

Knoll & Co., chemische Fabrik, Ludwigshafen a. Rh.

Deutsches Reichspatent.
Prompt wirkende Salicyl- u. Salicyl-Ester-Seifen.

Rheumasan
Tube M. 2,—. Topf M. 1,25.
Rheumatismus, Gicht, Ischias, Migräne, Pleuritis, Influenza, Tylosis.

Ester-Dermasan
Tube M. 2,50. Topf M. 1,50.
desgl. bei hartnäckigen Fällen; ferner bei Psoriasis und Pityriasis.

Ester-Dermasan-
Vaginal-Kapseln
Schachtel mit 10 Stück M. 2,—.
Parametritis, Perimetritis, Oophoritis.

Chemische Werke Fritz Friedlaender, G. m. b. H., Berlin W. 64. Literatur und Proben kostenlos.

Nach dem Ausspruch des Med.-Rat Dr. K. ist beim Gebrauch der

Kaiser Friedrich Quelle
Offenbach a. Main

(Natron-Lithion-Quelle ersten Ranges) die Gefahr der Kalk-Ablagerungen in den Gefäßwandungen sicher nicht vorhanden. — Hervorragend bewährt gegen

Rheumatismus, Gicht
und Nierenleiden.

Medizinische Novitäten,

die in ärztlichen Kreisen Aufsehen erregten und von der gesamten Fachpresse eingehend beurteilt wurden:

Darf der Arzt zum ausserehelichen Geschlechtsverkehr raten? Von Dr. med. **Max Marcuse**, Spezialarzt für Dermatologie in **Berlin.** Preis **M. 1.50.**

Die gesundheitlichen Gefahren geschlechtlicher Enthaltsamkeit. Dargestellt von Dr. med. **Wilhelm Hammer**, approb. Arzt in **Berlin.** Mit zwei Abbildungen. Preis **80 Pf.**

Die männlichen Geschlechtskrankheiten. Von **Dr. med. Robert Lucke**-Magdeburg Spezialarzt für Blasen- und Harnkrankheiten. Preis 75 Pf.

Der Schmerz, ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel. Eine Schmerz-Theorie. Von **Ad. Alf. Michaelis.** Preis Mk. 3.—. (= Ein derartiges Werk existierte bisher **nicht!** =)

Verlag der Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.
W. Malende in Leipzig.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Mitinum purum.

Eine überfettete
Emulsion mit hohem Gehalt
an serumartiger Flüssigkeit.

Basis
für

Salben u. Pasten.

Dr. Jessner's Mitin-präparate

Fabrikanten:
Chemische Fabrik
Krewel & Co.
G. m. b. H.
Cöln a. Rh.

Literatur
und Proben auf
Wunsch.

Mitinum cosmeticum
(Mitincream)

Geschmeidig, spielend leicht in die Haut eindringend, fein parfümiert. Zur Einfettung und Reinigung der Haut. Vorzügliches Kühlmittel.

Kassenpackung:
Büchse à 25 Gramm:
25 Pfg.

Pasta Mitini
(Mitinpaste)

Beim Verstreichen hautfarbig. **Rein** statt Zinkpaste etc. bei allen leichten Entzündungsprozessen der Haut. Zum Schutze empfindlicher Hände. **Basis** für alle in Pastenform verordnete Medikamente.

Kassenpackung:
Büchse à 20 Gramm
25 Pfg.

Mitinum mercuriale
(Mitin Hydrargyrum)

33⅓% Hydrargyrum vivum.
Wenig färbend, in
5 Minuten zu verreiben.
Sehr wirksam.

Kassenpackung:
Glasröhre à 30 Gramm:
70 Pfg.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig. – Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—) Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 31.

Heft 8. **August 1905.** Jahrgang II.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten:

1. *Dr. med. Wilhelm Hammer-Berlin:* „Ein Fall von Verschleppung eines vierzehnjährigen Mädchens in ein reichsdeutsches Bordell."
2. *Dr. Freiherr von Notthafft-München:* „Bemerkungen zu obigen Ausführungen des Herrn Dr. Wilh. Hammer-Berlin".
3. *Prof. Dr. Benninghoven-Berlin:* „Die Empfehlung des illegitimen Geschlechtsverkehrs seitens des Arztes ist unzulässig".
4. *Dr. Ferrucio Passarelli-Rovigo:* „Klinischer Beitrag zur Kenntnis der therapeutischen Wirkung des Gonosans".
5. *Dr. M. A. Stern:* „Über sexuelle Neurasthenie". (Fortsetzung.)

II. Referate:

1. *Kümmel:* „Zur Diagnose und Therapie der Nierentuberkulose."
2. *Paul Reiche:* „Über den Nachweis und die Bestimmung von Aceton und Acetessigsäure im Urin."
3. *Cantas:* „Behandlung der essentiellen nächtlichen Harninkontinenz nach der epituralen Methode."
4. *Paul Cohn:* „Eine primäre, nicht gonorrhoische Urethritis mit auffallend reichlichen Influenzabazillen."
5. *Dr. Feistmantel-Budapest:* „Der persönliche Schutz vor geschlechtlicher Infektion."

III. Besprechungen:

1. *Prof. Dr. F. M. Oberländer und Prof. Dr. A. Kollmann:* „Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre und ihre Komplikationen."

I. Originalarbeiten.

Ein Fall von Verschleppung eines vierzehnjährigen Mädchens in ein reichsdeutsches Bordell.

Zugleich eine Erwiderung auf des Dr. Freiherrn von Notthafft Ausführungen in Heft 6 dieser Monatsschrift.

Von **Dr. med. Wilhelm Hammer-Berlin.**

„In Wirklichkeit ist es auf deutschem Boden unmöglich, daß ein Mädchen ohne ihr Wissen in ein Bordell verschleppt wird," ist die kühne Behauptung des Dr. Freiherrn von Notthafft-München, die mich veranlaßt, Fall 34 der von mir gesammelten Lebensläufe Berliner Dirnen zu veröffentlichen.

Valesca Schmidt (pseudonym) macht folgende Angaben:

Sie ist ehelicher Abstammung, evangelischen Bekenntnisses, vor zwanzig Jahren in einer Mittelstadt Pommerns geboren.

Vater starb an Lungenblutung, vermutlich, als Valesca 14 Jahre alt war; im März dieses Jahres.

Mutter war zwei Jahre früher verstorben nach einem Leibschnitt. „Drei Monate nach einer Entbindung traten Blutungen auf. Es wurde ein Leibschnitt gemacht. Acht Tage später war die Mutter tot."

Geschwister: Zehn tote — meist in früher Kindheit verstorben — und drei lebende.

Eine 25jährige Schwester ist in Berlin an einen Schmied seit wenigen Monaten verheiratet, schwanger.

Ein achtzehnjähriger Bruder, „der wird wohl zur See gegangen sein." „Ich habe seit drei Jahren keine Nachricht." Er war in der Kadettenschule zu X. Vor drei Jahren erhielt ich die letzte Nachricht aus Y., „er wolle zur See gehen." Beide Schwestern haben von ihm keine Nachricht. Die Polizei konnte nichts ermitteln.

Ein sechzehnjähriger Bruder ist bei dem Großvater mütterlicherseits, einem Schuhmachermeister in Z. „Was er ist, weiß ich nicht. Von dem Großvater habe ich seit drei Jahren nichts mehr gehört. Ich habe Angst gehabt, er würde es herausbekommen."

Als Valesca fünf Jahr alt war, zog Vater nach Berlin. Vater war in Z. in Konkurs geraten, wurde Schneidermeister in Berlin, konnte existieren, „sehr gut sogar", in der S . . . straße. Vom 6. bis

14. Jahre besuchte V. die Gemeindeschule in der S . . . straße. Sie blieb nie sitzen, wurde von der 1. Klasse aus eingesegnet.

Mit 14 Jahren kam sie durch eine Frau nach dem Bordell in Y.

„189 . kam ich zu einer Frau T., einer Wäschenäherin, einer Bekannten, da Vater tot war, als Pflegetochter. Ich habe Wäsche abgeliefert. Es war im Sommer 189 . bei Z., wo das . . . haus sich befand. In der Chausseestraße bin ich einer alten Frau begegnet. Die habe ich vorher nicht gekannt. Ich stand vor einem Spielwarengeschäft. Sie fragte, ob mir die Sachen gefallen, was ich treibe, nach meinen Eltern. Sie sagte, sie hätte (reiche) Pflegeeltern für mich, sie wollte mich da anbringen. Selben Tag noch sollte ich mit ihr mitkommen. Dann würde sie mich den Leuten vorstellen. Sie ging in ein Haus zwischen Friedrichstrassen-Bahnhof und Oranienburger Tor, da war nur die alte Frau, bin aber nicht vorgestellt worden, sondern ich habe einen Brief bekommen. III. Klasse Personenzug . . . Bahnhof nach Y. Sechs Uhr kam ich dort an. Ich habe einen Konstabler gefragt nach der . . . -Straße. Der hat gelacht und sagte, was ich da wollte. Ich sagte: einen Brief abgeben. Da lachte er und zeigte mir den Weg. Es war auf der linken Seite vom Bahnhof. Eine Pförtnerin öffnete. Ich gab den Brief ab und mußte warten.

Die Frau (in Berlin) hatte mir nur das Billet gelöst, nicht auch Geld gegeben.

Die Frau (Bordellwirtin in Y.) kam. Es war eine große, stattliche Frau. Ich mußte mich baden und ausziehen. Da kam sie 'rein und sagte: „Du bist angenommen." Drei Tage hab ich zu essen und trinken bekommen. Da mußte ich mir alles ansehen, die Wohnräume und den Salon. Ich sollte auf alles Obacht geben. Das müßte ich nachher auch machen. Es waren da vierundzwanzig Mädchen. Die waren oben ausgeschnitten und unten lang. Handarbeiten machten sie im Salon, die tranken mit.

Die Flasche Bier kostete 1 Mark, 1 Mark 25 Pf., je nachdem. Wir bekamen keine Prozente von der Flasche, mußten aber mittrinken. Sekt kostete 15 Mark. Im Salon haben sie sich geeinigt. Dann sind sie nach den Zimmern gegangen. Ein Herr zahlte zehn Mark bis fünfhundert Mark. Jedes Mädchen hatte ein Zimmer. Die Fenster nach der Straße 'raus, da waren Federbetten.

Kleidung hatte sie weggenommen. Der Arzt kam jede Woche; jedes Mädchen mußte 7 Mark 50 Pf. zahlen. Am ersten Tag wurde ich vorgerufen. Der Arzt hat gesagt zu der Frau: „Die hat noch keinen

männlichen Verkehr gehabt." Das ist mir aufgefallen. Ich habe darauf kein Gewicht gelegt (daß ich noch Jungfer war). Von allen Seiten wurde mir zugeredet, mit Männern zu verkehren." Vierten Tag habe ich einen Herrn bekommen. In meinem Zimmer. Sie (die Bordellinhaberin) machte die Tür auf: „Na Kinder, jetzt amüsiert euch." Der Herr war etwa 40 Jahr alt, elegant angezogen. Es wurde mir von den Freudenmädchen nachher gesagt, daß der das immer so macht.

Der hat mich ganz genau ausgefragt.

Ich hab' furchtbar geschrieen aus Reue, Trauer, Angst. Dann ging er weg. Ich habe dreihundert Mark auf den Tisch gelegt bekommen. Die Frau ist reingekommen und hat sie fortgenommen. Sommer 189 .

Die Frau kam sofort wieder herein, nahm die dreihundert Mark, nicht Papiergeld, sondern Goldstücke. Der Herr hat sie mir aufgezählt, ehe er verkehrte.

Die andern haben gesagt: Es ist bei Jeder so, ob ich geschrieen hätte. Die haben gesagt, daß der Herr es immer so machte.

Der zweite war hoch in den zwanziger Jahren. Mit dem habe ich getrunken. Ich bin sinnlos betrunken gemacht worden. Erst wollte ich nichts trinken. Die Frau wollte das, daß ich tränke. Im Bette bin ich aufgewacht. Kein Herr war da.

Jeden Tag bekam ich einen Herrn, jeden Tag hab ich mit Herrn getrunken.

Hat Ihnen das Freude gemacht?

Nein, ich mußte. Ich hätte nichts zu essen bekommen. Kleider hatte ich auch nicht.

Ich habe täglich sehr viel getrunken, Bier selten, fünf bis sechs Flaschen Wein täglich durchschnittlich. Es gab anständiges Essen. Da habe ich zuerst geraucht, mich sehr übergeben. Die andern lachten. Nachher gewöhnte ich mich dran.

Von zwei bis fünf durften wir nicht auf die Straße gehen. Sonst hatten wir Urlaubstag einmal wöchentlich; von morgens konnten wir fortgehen. Wir haben in .... getanzt, Geld heimlich zurückbehalten. Nachgesehen wurden wir in der Regel nicht. Wenn Verdacht bestand, wurden wir nachgesehen. Wir wurden betrunken gemacht, ausgezogen, zu Bett gelegt. Wenn wir aufwachten, war das Geld fort.

Madame hat uns offiziell mitgeteilt: Wir bekommen nichts; die Schulden müssen erst abgezahlt werden. Wir nannten sie Madame

und Sie; sie sagte Du zu den Mädchen. Fast jeden Tag mußten wir ein neues Kleid anziehen für hundert Mark, hundertfünfzig Mark. Es war schlechter Stoff, etwa zwölf Mark wert. Wir durften das Kleid nicht länger anbehalten. Die Kleider wurden umgeändert, gereinigt und kosteten wieder hundert Mark. Zehn Mark mußten wir täglich fürs Essen zahlen. Ich habe an einem Tage selten unter hundert Mark eingenommen, dreihundert Mark höchstens, zweihundert Mark kamen vor.

Nach dreiviertel Jahren ging ich weg. Es hat mir nicht gefallen. Ich wollte wieder nach Berlin. Das konnte ich nur an einem Urlaubstag. Die erste Zeit ging die Schließerin mit, wenn ich Urlaub hatte, nachher gingen mehrere Mädchen zusammen. Zehn, zwölf Mädchen gingen zusammen aus. Wir fuhren in der Droschke überall rum. Frühmorgens bin ich fortgegangen. Ich hatte fünfhundert Mark gespart. Ich bin nach Berlin gefahren, $8^1/_2$ abends war ich in Berlin 189 .

Abends mietete ich eine Wohnung: Chausseestr. . . vorn I. Treppe. Wie die Vermieterin hieß, möchte ich nicht sagen. Ich zahlte täglich für Wohnung mit Kost sieben Mark. Trinken gabs nicht. Ich hatte täglich zwei bis drei Männer, die zahlten, was sie wollten. Am . . . 189 . sind mir zwei Kriminalschutzleute nachgekommen. Der Herr (den ich mitgenommen hatte) wurde ausgefragt und als Zeuge vernommen. Auf der Polizei hat der ausgesagt, daß er mit mir war und mich bezahlt hat. Ich kam sofort unter Kontrolle, fünfzehn Jahr alt.

Ich hatte keinen Vormund. Das Vormundschaftsgericht hat sich gar nicht um mich gekümmert. Ich habe nie Freude am Verkehr mit Männern gehabt. Vor zwei Jahren war ich sechs Wochen im . . . Stift. Es hat mir nicht gefallen, — zu viel Frömmigkeit! Ich kam nach dem . . . Krankenhaus wegen Unterleibsleidens.

Zur Beurteilung: Meine Akten sind nach den Aussagen der Mädchen, die mir freiwillig Angaben machten, angefertigt. Nur durch strengste Verschwiegenheit meinerseits erwarb ich das Vertrauen. Nur auf diesem Wege gelang es mir, vertrauliche Auskünfte zu erhalten. Ich kann daher eine gerichtliche Feststellung des Sachverhalts nicht herbeiführen. Allein, alle Einzelpunkte, die ich prüfen konnte, stimmten. Auch die innere Wahrscheinlichkeit spricht für Richtigkeit der Angaben des Mädchens, das eine ganz einzigartige Begabung haben müßte, wenn es aus dem Stegreif ohne jede Vorbereitung und ohne sich selbst zu widersprechen, eine solche Menge Einzelheiten auf meine Fragen glatt angeben konnte. Trotz der kläglichen Rolle, die der Arzt in dieser Darstellung spielt, halte ich alle wesentlichen Punkte für

im Allgemeinen richtig geschildert, zumal mir von den verschiedensten Seiten immer wieder die gleichen Angaben über die Wegnahme der Kleider und die Bordellausbeutung gemacht wurden. Wenn Dr. Freiherr von Notthafft die Dirnen „für einem Strolch und Verbrecher gleich" erachtet, so hinkt sein Vergleich ganz erheblich. Denn jeden Mann, der eine „Nachfrage" nach Verbrechern und Strolchen halten würde, um mit ihnen gemeinsam Verbrechen zu begehen, würde man bestrafen. Solange unsere Kenntnisse des Staatswesens reichen, gab es Diebe, Mörder und ähnliche Verbrecher. Besserungen sind stets Ausnahmen gewesen, und doch suchen wir diese Menschenklasse einzuschränken, indem wir die große Zahl der Schwächlichen, die keine ausgesprochene Verbrecheranlage haben, von dem Übertritt in das Verbrecherlager abzuschrecken suchen. Sonst ist es üblich, mit dem Verbrecher Mitleid zu haben, das Verbrechen aber zu hindern und zu verabscheuen. Mit der Postitution ist es umgekehrt. Die Prostituierte wird verabscheut, die Preisgabe aber gewünscht. Wenn die sogenannte Moral weiter Volkskreise darin bestehen sollte, einerseits die Handlungen der Dirnen zu begehren, sie auszunutzen, andererseits diese Mädchen hinzuschlachten, so hat das Volk eben erst die Grundbegriffe folgerichtigen Denkens zu lernen, ehe es mitsprechen kann. Ich persönlich halte es für eines wissenschaftlich gebildeten Mannes unwürdig, sich solch widersinnigen ethischen Anschauungen weiter Volkskreise zu fügen. Gerade weitere Volkskreise haben zu lernen, daß ein geistig Höherstehender ihre, jedem folgerichtigen Denken Hohn sprechenden, Anschauungen nicht teilt. Besteht der größere Teil des Volkes aus Irrenden, denen z. Z. die Fähigkeit folgerichtigen Denkens abgeht, so hatte selbstverständlich hier die Aufklärung zu beginnen, nicht halt zu machen. Ich persönlich habe die Überzeugung, daß Bordelle in ihrer jetzigen Form überwiegend schädlich sind.

Mädchen, die mit mehreren Männern täglich verkehren, sind meines Erachtens überhaupt ungeeignet zur Auslösung von Geschlechtsreizen. Wer aber Dirnen in diesem Sinne für notwendig hält, könnte vielleicht Bordelle mit ständiger Anwesenheit eines Arztes zur Untersuchung der Männer bei gleichzeitiger Sicherstellung der Dirnen (Beamtenstellung der Mädchen, die sich gesundheitlich notwendigen Disziplinarvorschriften zu fügen hätten) empfehlen.

Welch eine hervorragende Überzeugungstreue muß in der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten herrschen, wenn sie ein Merkblatt herausgibt, in der nachweislich Unwahres behauptet

wird (vgl. Satz 1: Enthaltsamkeit im geschlechtlichen Verkehr ist nach dem übereinstimmenden Urteile der Ärzte in der Regel nicht gesundheitsschädlich), welch eine werbende Kraft müssen ihre Versammlungen haben, wenn die überwiegende Mehrzahl der Redner und Rednerinnen sich öffentlich für die Notwendigkeit der weiblichen Preisgabe ins Zeug legen! Welch eine Förderung der Sittlichkeit, wenn das Volk dahin aufgeklärt wird: Dirnen haben wir nötig. Das Dirnentum können wir nicht ausrotten. Aber diese uns notwendigen „Weiber" können wir ruhig hinschlachten. Es gibt deren ja genug. Dem Volke muß seine Moral erhalten bleiben. „Daß diese Weiber ihrer Freiheit beraubt werden, ist bedeutungios". Ich halte es für ein Glück, daß die Gesellschaft bisher noch nicht so weit auf die abschüssige Bahn geraten ist, unter dem Deckmantel der Aufklärung für einseitige wissenschaftliche Richtungen vor dem Volke Stimmung zu machen, nach außen Einigkeit zu heucheln, die tatsächtichen Zwiespältigkeiten aber dem Volke zu verbergen, ein Weg, der im Keime bereits mit Weiterverbreitung des Merkblattes (Satz 1) — trotz des Nachweises, daß von einem übereinstimmenden Urteil der Ärzte nicht die Rede sein kann — beschritten ist.

„Wer einen iogischen Widerspruch zuläßt, der iernt bald am sanftesten schlafen in ganzen Nestern von Ungereimtheiten." (Herbart).

Von der Ungereimtheit der in sich widerspruchsvollen Geschiechtsmoral ist nur ein kleiner Schritt zur doppelzüngigen Wissenschaft, die ehrlich hinter verschlossenen Türen vor „beschränkten Kategorien" verhandeit, in öffentlicher Versammlung „selbstverständlich nach vorsichtiger Auswahl der Themen und Redner" ihres Erfolges bei den Zuhörern hier wie dort gleich sicher ist.

Bemerkungen zu obigen Ausführungen des Herrn Dr. Wilh. Hammer-Berlin.

Von Dr. Freiherr **von Notthafft-München.**

1. Als ich den Satz niederschrieb: „In Wirklichkeit ist es auf deutschem Boden unmöglich, daß ein Mädchen ohne sein Wissen in ein Bordeil verschleppt wird", habe ich, wie aus dem Zusammenhang ja deutlich hervorgeht, die von der „fédération abolitionistique" verbreiteten und die Zeitungsspalten füllenden wahren und unwahren Schauergeschichten von Verschleppung erwachsener, im Besitze ihrer geistigen und

körperlichen Fähigkeiten befindlicher Frauenspersonen, welche unter der Form von Scheinehen und Stellenanbietungen ins Ausland erfolgt, und die monate- und jahrelange gewaltsame Zurückhaltung solcher Persönlichkeiten in diesen Lasterhöhlen im Auge gehabt. Es ist mir nicht eingefallen zu leugnen, daß Kinder, welche noch Interesse an Spielsachen haben (!), in ein Bordell verschleppt und eine Zeitlang hier zurückgehalten werden können. Das Gleiche gälte für Idioten oder sonstwie Hülflose. Schießlich könnte ja auch ausnahmsweise einmal auf deutschem Boden eine Person, bei welcher diese Voraussetzungen fehlen, einem Kuppeleiverbrechen und gewaltsamer Freiheitsberaubung zum Opfer fallen, wie täglich Menschen anderen Verbrechen zum Opfer fallen. Was würde solch ein Einzelfall besonderes beweisen? Bei uns in Altbayern hat vor einigen Jahren ein Raubmörder monatelang sein „Geschäft" betrieben, bis ihn endlich die Polizei einholte; und doch wird niemand den Satz desjenigen als „kühn" bezeichnen wollen, welcher sagen würde: Heutzutage kommt es nicht mehr vor, daß sich auf deutschem Boden ein professionsmäßiger Raubmörder halten kann. Der inkriminierte Satz würde also, wenn man ihn mit Selbstverständlichkeiten versehen will, zu lauten haben: „In Wirklichkeit ist es auf deutschem Boden so gut wie unmöglich, daß ein erwachsenes, geistig und körperlich gesundes Mädchen ohne sein Wissen in ein Bordell verschleppt und hier längere Zeit gewaltsam zurückgehalten wird."

2. Der Fall 34 beweist so wenig wie jeder andere, bloß auf Erzählungen der Dirne beruhende Fall von gewaltsamer Verderbung und Verführung etwas. Wir wissen schon seit Parent-Duchatelet, daß jede Dirne ihre Geschichte von Verführung oder Vergewaltigung hat, die sich beim behördlichen Nachforschen als halbe oder ganze Lüge erweist, immer aber noch geeignet ist, das mitleidige Herz unkundiger Abolitionisten und — last not least — ihrer Kunden zu rühren. Der Verfasser darf es mir daher nicht verargen, wenn ich auch seine neueste Dirnengeschichte mit mehreren großen Fragezeichen versehe, solange er ohne nähere Angabe von Namen, Ort und Zeit verfährt und solange nicht auf Grund solcher Angaben eine behördliche Nachforschung stattgefunden hat.

Aus dem Bericht des Herrn Dr. Hammer könnte man übrigens, wenn solche Berichte überhaupt verwertbar wären, auch das gerade Gegenteil herauslesen; ich sage aber ausdrücklich, daß man solches nicht herauslesen muß!

Das Milieu: Eine verwahrloste Erziehung (frühzeitiger Tod der Mutter, dann des Vaters), ein verschollener, vielleicht verdorbener Bruder, traurige wirtschaftliche Verhältnisse (Bankerott); Syphilis der Eltern (zehn in frühester Jugend gestorbene Geschwister) (??). — Charakter: Das Mädchen entläuft seiner Pflegemutter, bei welcher es arbeiten mußte. Es hat kein Interesse an seinen Geschwistern, weiß von zweien nicht, wo sie sind, was es allerdings mit Angst motiviert. Sie hat (wörtlich!) gar kein Gewicht auf den Besitz der Jungfräulichkeit gelegt und verläßt das Bordell auch erst nach $^3/_4$ Jahren, obwohl die Dirne wöchentlich einmal Ausgang hatte und — außer von zwei bis fünf Uhr — auf die Straße gehen durfte, nachdem nur in der ersten Zeit die Wirtin dem Mädchen, um ein Davonlaufen und Geprelltwerden vonseiten der sich verkaufenden „Nute" zu verhindern, die Kleider abgenommen gehabt hatte; sie ist also freiwillig geblieben. Nachdem sie das Bordell verlassen, hat sie ohne Not — sie will 500 Mk. Ersparnisse gehabt haben (?) — statt zu einem anständigen Berufe zum weiteren Nichtstun, zur Straßenprostitution gegriffen. Sie hat sich vom Bordell an eine Einzelwirtin verkauft. Wie bei allen unverbesserlichen Dirnen hilft natürlich auch hier die Verbringung in ein Magdalenen-Stift gar nichts. Sie läuft auch hier davon (es ist ihr „zu fromm —"), prostituiert sich im Geheimen wieder, wird aufgegriffen, für krank befunden und in's Spital gesteckt. Auf das sonst so charakteristische Fehlen des Geschlechtstriebes ist wegen der Jugend der Dirne leider nicht zuviel zu geben. Alles übrige entspricht aber ausgezeichnet dem Dirnentypus und der typischen Dirnengenese. Ist nun das Mädchen wider ihr Wissen verschleppt worden? Vermutlich nicht. Sie fiel wohl nicht vor dem Spielwaarenladen, sondern als bereits liederliche Gelegenheitsdirne der Kupplerin in die Hände. Darauf würde der Satz hinweisen: „Ich wollte wieder nach Berlin. Es hat mir (im Bordell) nicht gefallen." Eines anständigen Mädchens erster Wunsch wäre, überhaupt aus dem Haus der Schande herauszukommen; der Dirne erster Wunsch war ein Ortswechsel (typisch!) und die Rückkehr in jene Stadt, in welcher sie sich früher in ungebundener Weise prostituiert hatte, bis sie der schönen Kleider und des Geldes halber sich an's Bordell verkaufte. Als sie sich hier in ihren Erwartungen betrogen sah, und weil es ihrem Hang nach Ungebundenheit im Bordell nicht, d. h. nicht mehr gefiel, kehrte sie wieder zur Straßenprostitution zurück. Alles Übrige von Verschleppung, Deflorierung im Bordell und Äußerung des Arztes ist Fabelei.

Das Alles **könnte** man aus der schönen Geschichte herauslesen. Diese Lesart hätte jedenfalls mehr für sich, als der mit Unwahrscheinlichkeiten gespickte Bericht der Dirne No. 34.

3. Ich habe die Dirnen nicht mit Strolchen und Verbrechern „verglichen", sondern in Anlehnung an anerkannte Forscher gesagt, daß sie fast alle Strolche und z. T. Verbrecher sind. Aus dieser Erkennung der Naturgeschichte des Dirnentums hat sich für mich ihre Unverbesserlichkeit und die Unmöglichkeit ihrer Ausrottung ergeben. (Letzteres wäre übrigens an der Hand der Geschichte leicht nachzuweisen.) Es fiel mir gar nicht ein, die Prostitution zu „wünschen" oder ihrer Benützung das Wort zu reden. Als Naturforscher „verabscheue" ich die Dirne auch nicht wegen ihrer Lüderlichkeit, sondern kühlen Herzens konstatiere ich ihren Parasiten- und Schädlingscharakter. Endlich bin ich, so wenig wie andere Vertreter „einseitig wissenschaftlicher Richtungen" (!!), irgendwie gegen das Mitleid mit den Opfern, gegen die höchst dankenswerten Versuche, durch Erziehung und soziale Besserung die Entstehung des Dirnentums einzuschränken, aufgetreten. Wo findet sich bei mir eine Zeile, daß ich die Dirnen für notwendig halte? Unvermeidbar sind sie, weil das Angebot unvermeidbar ist; das habe ich gesagt.

4. Mit derselben Unüberlegtheit wird mir weiterhin unterstellt, daß ich vorgeschlagen hätte, daß die Gesellschaft z. B. d. G. nach außen Einigkeit heucheln (!) solle, die tatsächlichen Zwiespältigkeiten aber dem Volke verbergen, d. h. in den Volksversammlungen Dinge als allgemein anerkannt und sicher wahr hinzustellen habe, welche in geschlossenen Zirkeln noch lebhaft diskutiert werden. Das wäre allerdings „doppelzüngige Wissenschaft" (!!). In Wirklichkeit habe ich nur geraten, daß man vor einem Publikum, welches Tatsachen und nicht Streitfragen hören will, auch nicht Streitfragen diskutieren soll, noch dazu solche, bei welchen nach der Zusammensetzung der Rednerliste eine Verständigung ausgeschlossen ist, daß man nur mit dem Fertigen, Geklärten an die Öffentlichkeit treten, mit dem Unfertigen, Ungeklärten dagegen das Publikum verschonen möge.

Im Übrigen zeigt der ganze Angriff, — in welchem die Leidenschaft statt ruhiger Sachlichkeit ihre persönliche und erregte Sprache führt, Kraftausdrücke herhalten müssen und unbedenklich ein nicht genügend studierter Artikel kritisiert wird, — wie berechtigt meine geäußerten Bedenken waren, daß man auf dem Münchener Tag jeden Redelustigen hat zu Wort kommen lassen, gleichviel welche Vorbedingungen er erfüllt

hatte. Denn wenn schon einem Fachmann in dieser Weise die nötige Ruhe abhanden kommt, wie viel mehr muß dieses erst bei den Nichtfachleuten und den Frauen, welchen immer der Verstand mit dem Herzen davonläuft, der Fall sein! Der Verfasser hätte besser daran getan, statt eine nicht bewiesene und nichts beweisende Geschichte zu berichten, die Behörden von der letzteren in Kenntnis zu setzen. Dann hätte sich entweder — das Wahrscheinlichste — herausgestellt, daß die ganze Geschichte ein gewöhnlicher Dirnenschwindel ist, oder daß tatsächlich — wenn auch vermutlich nicht in dem berichteten Umfang — ein Verbrechen vorliegt, bei welchem eine gemeingefährliche Kupplergesellschaft und ein schurkischer Arzt (was übrigens wohl sicher erlogen ist) eine so bedeutende Rolle spielen, daß der Staatsanwalt hier unbedingt einzuschreiten hätte.

Die Empfehlung des illegitimen Geschlechtsverkehrs seitens des Arztes ist unzulässig*).

Von Prof. Dr. **Benninghoven-Berlin.**

Vor längerer Zeit erschienen in der „Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene" mehrere Artikel des Herrn Dr. Max Marcuse-Berlin, in welchen letzterer Stellung nahm zu der Frage: „Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechtsverkehr raten?" Herr Dr. Marcuse kommt dabei zu dem Schluß, daß der Arzt zwar, wenn es sich nur um Feststellung der Diagnose handele, vom außerehelichen Geschlechtsverkehr abraten soll, daß er aber unter Umständen nicht nur verpflichtet sei, denselben zu gestatten, wenn es sich nämlich um schwere, durch Abstinenz hervorgerufene Krankheiten handele, sondern auch, ihn zu empfehlen und daß es seine berufliche Schuldigkeit erfordere, wenn ihn seine persönliche Moral an der Empfehlung des illegitimen Verkehres hindere, den betreffenden Patienten einem liberaler denkenden Kollegen zur weiteren Behandlung zu überweisen.

Ich stehe auf einem anderen Standpunkte, wie Kollege Marcuse und bin auch durch seine Argumente keines Besseren belehrt worden. Trotzdem würde ich zu den Meinungsäußerungen desselben, die übrigens durchaus sachgemäß und korrekt vorgebracht sind, geschwiegen haben,

---

*) Verspätet zum Druck gelangt infolge eingetretener Erkrankung des Verfassers.

wenn nicht die betreffenden Artikel nachträglich in Form einer Broschüre erschienen wären, die dem allgemeinen Publikum zugänglich ist. Letztere ist meines Erachtens geeignet, Verwirrung in den Kreisen des weniger gebildeten Publikums hervorzurufen und, wenn sie unwidersprochen bleibt, den Anschein zu erwecken, als ob das Gros der Ärzte den Meinungen des Herrn Dr. Marcuse zustimme. Auch befürchte ich, daß diejenigen unter den weniger urteilsfähigen Laien, die den illegitimen Geschlechtsverkehr für etwas unmoralisches, gemeines halten, nach dem Lesen dieser Broschüre leicht geneigt sein werden, zu glauben, daß wir Ärzte uns kein Gewissen daraus machen, uns über gute Sitte und Moral hinwegzusetzen, wenn wir glauben, annehmen zu dürfen, daß dadurch unserer Behandlung eine entfernte Aussicht auf einen eventuellen Erfolg winkt. Aus obigen Gründen halte ich mich nicht nur für berechtigt, sondern auch für verpflichtet, hier zu erklären, daß ich und ein Teil der mir bekannten Kollegen auf einem absolut anderen Standpunkt stehen, wie ihn Dr. Marcuse in seiner Broschüre vertritt; ich werde versuchen, denselben im Nachfolgenden zu motivieren.

Bei Besprechung der Frage: „Ist die Abstinenz schädlich" kommt Marcuse zu folgendem Schluß: „Für mich jedenfalls unterliegt es keinem Zweifel, daß der Glaube an die absolute Unschädlichkeit der sexuellen Abstinenz ein schwerer Irrtum ist, daß vielmehr die Nichtbefriedigung des Geschlechtstriebes die Gesundheit schädigende und krankmachende Wirkung haben kann und oft genug hat." Marcuse meint, es gebe Fälle, in denen der Geschlechtstrieb auch beim normalen Menschen so stark entwickelt sei, daß die betreffenden Individuen großen körperlichen Gefahren ausgesetzt seien, wenn sie ihn nicht befriedigen könnten. Das ist nur mit wesentlichen Einschränkungen richtig. Ich gebe zu, daß es sehr nervöse, meistens erblich belastete Individuen gibt, die geschlechtlich — ebenso wie anderweitig — sehr reizbar sind. Ich gebe auch zu, daß derartige Menschen — eben weil sie so nervös sind — gelegentlich schwere körperliche und geistige Störungen erleiden. Die erleiden sie aber sicherlich nicht deshalb, weil sie geschlechtlich moralisch und keusch gelebt haben — damit können sie im Gegenteil meines Erachtens ihr Nervensystem nur kräftigen, — sondern meistens, weil sie trotz ihrer Nervosität oder grade wegen derselben zu ausschweifend lebten.

Es gibt viele Ärzte, die in ihrer jahrzehntelangen Praxis keinen einzigen Fall feststellen konnten, in welchem auch nur mit einiger Sicherheit geschlechtliche Abstinenz zu körperlichen Schädigungen sonst gesunder Individuen geführt hätte. Ich selbst bekenne mich zu diesen

und wenn ich mich berufen fühle, ein Urteil in dieser wichtigen Frage abzugeben, so urteile ich nicht nach den sich widersprechenden Beobachtungen anderer Autoren, sondern spreche nur auf Grund meiner eigenen Erfahrung.

Aber selbst zugegeben, daß gelegentlich 'mal ein Patient in unsere Behandlung kommt, der, an schweren nervösen Symptomen laborierend, auf Befragen angibt, seit einiger oder auch seit längerer Zeit abstinent gewesen zu sein, so ist damit noch lange nicht der Beweis erbracht, daß sein Leiden durch die Abstinenz verursacht oder verschlimmert worden ist; es ist aber auch noch lange nicht erwiesen, ob er uns die Wahrheit gesagt hat. Häufig genug wird es sich da um Patienten handeln, die für ihren ausschweifenden Lebenswandel — den sie natürlich unter Vorspiegelung des Gegenteils dem Arzte verheimlichen — gewissermaßen ärztliche Sanktion suchen; sie sagen sich dann natürlich: Wenn der Arzt sogar unter Umständen den illegitimen Geschlechtsverkehr empfiehlt, so kann derselbe nicht so gefährlich für dich sein, wie es im allgemeinen heißt; auch beruhigen sie mit der ärztlichen Erklärung ihr Gewissen. Häufig genug handelt es sich auch bei den Nervösen, die sich die ärztliche Genehmigung zum außerehelichen Geschlechtsverkehr erbitten, um langjährige, geschwächte und psychisch deprimierte Onanisten, die schon in ganz frühen Jahren Selbstbefleckung betrieben haben und nun hoffen, durch einen regelrecht ausgeübten Beischlaf die Folgen der Onanie zu paralisieren. Kurzum, wenn ich unparteiisch die Frage beantworten soll: „In wie vielen Fällen kommen körperliche oder geistige Störungen im Gefolge und als Folge der geschlechtlichen Abstinenz bei normal veranlagten, sonst gesunden Menschen vor?", so muß ich sagen: Nachweislich, positiv sicher nachweisbar überhaupt nicht; wenn sie aber vorkommen, kann es sich nur um einen ganz geringen Prozentsatz, nur um einen verschwindend kleinen Bruchteil eines Prozentes handeln. Aber auch diesen Bruchteil vermisse ich in meinen bisherigen Erfahrungen.

Zugeben will ich, daß es eine Anzahl von Menschen gibt, deren Geschlechtstrieb so lebhaft entwickelt ist, daß sie, wenn sie ihn nicht befriedigen können, sich nicht wohl fühlen und daß sich schließlich infolge des entbehrten geschlechtlichen Verkehrs allerlei Unzuträglichkeiten bei derartigen Leuten einstellen. Hier handelt es sich aber wieder meistens um Personen, die in „Venere" früher schon viel geleistet haben und nun durch Mangel an Gelegenheit zur Abstinenz verurteilt sind. Derartigen Leuten brauchen wir nicht erst zu raten, sich ge-

schlechtlich zu betätigen; sie bedürfen diesbezüglich keiner Aufmunterung; haben sie Gelegenheit, so geben sie ihre unfreiwillige Abstinenz gerne von selbst auf. Der hier von Herrn Dr. Marcuse angezogene Vergleich von Jastrowitz zwischen Abstinenz und Uraemie hinkt meines Erachtens; bei der Uraemie ist ein natürlicher Abfluß des Urins unmöglich, bei der Abstinenz ist ein Abfluß des Genitalsekrets ganz und gar nicht verhindert, findet im Gegenteil von Zeit zu Zeit spontan statt.

Meine Ansicht über die Wirkung der Abstinenz ist die: Ein normaler, gesunder Mensch wird niemals ernstlich krank werden, wenn er sich des geschlechtlichen Verkehrs enthält. Jedenfalls ist es für mich zweifellos, daß durch Ausübung der Abstinenz auch nicht annähernd so viel Schaden angestiftet worden ist und je angestiftet werden wird, wie durch Ausübung des illegitimen Geschlechtsverkehrs.

Dafür zu sorgen, daß unser Nachwuchs, daß die deutsche Jugend körperlich und geistig gesund werde resp. bleibe, das sollte unsere, der Ärzte, erste Sorge sein; gelingt uns dies, so brauchen wir keine Empfehlung des illegitimen Geschlechtsverkehrs, der in den ganz vereinzelten Fällen, in denen er vielleicht Nutzen stiften könnte, durch die moralische Einbuße, welche der Patient, der sich ihm hingibt, erleidet, mehr als wettgemacht wird.

Wenn Marcuse meint, eine freiwillige Abstinenz gebe es überhaupt nicht und gleichzeitig als Motiv für dieselbe „sittliche Überzeugung" anführt, so ist mir das unverständlich; ich halte denjenigen für frei, der imstande ist, seine Handlungen mit seiner sittlichen Anschauung in Einklang zu bringen, nicht denjenigen, der seinen Begierden und Neigungen unter allen Umständen nachgeben muß. Meines Erachtens ist also eine aus sittlichen Motiven eingegangene Abstinenz eine durchaus freiwillige.

Deshalb ist es meines Erachtens strenge Pflicht des Staates und der Gesellschaft, vor Allem auch der Ärzte, Sorge zu tragen, daß unsere Jugend so erzogen wird, daß sie imstande ist, den moralischen und körperlichen Anforderungen, die wir an sie zu stellen berechtigt sind, gerecht zu werden. Um dies zu erreichen, muß vor allen Dingen dafür gesorgt werden, daß Alles vermieden wird, was geeignet sein könnte, den Geschlechtstrieb, die „libido", frühzeitig zu erwecken resp. immer wieder anzufachen.

Hier kommt es vor allen Dingen darauf an, das Lesen schlüpfriger, unzüchtiger Schriften zu verhindern, überhaupt die Lektüre der Jugend genau zu beaufsichtigen. Es ist Pflicht der Eltern, jedes Buch, bevor

sie es in die Hände ihrer Kinder geben, selbst auf ihren Inhalt zu prüfen sowie, wenn sie ihre Kinder beim Lesen einer ihnen verdächtig vorkommenden Lektüre überraschen, ihnen dieselbe wegzunehmen.

An dieser Stelle kann ich es auch nicht unterlassen, die von mir häufig gemachte Beobachtung mitzuteilen, daß leider gerade dasjenige Buch, welches die Grundlage der jüdischen und christlichen Religion bildet, die Bibel (ich meine hier nur das Alte Testament), dadurch, daß sie jedem zugänglich ist, sehr viel dazu beiträgt, die Jugend früh reif zu machen und zum Geschlechtsgenuß zu prädestinieren. Es ist sicher eine wohlweise Einrichtung der katholischen Kirche — notabene: ich bin evangelisch —, daß sie den Laien nicht die Bibel in die Hand gibt und der Verein zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, den ja die Sache indirekt auch angeht, würde sich ein großes Verdienst um die gute Sache erwerben, wenn er die Frage der Beseitigung der Bibel aus dem Unterrichte der Jugend und ihren Ersatz durch die hauptsächlich wissenswerten, von geschlechtlichen Reminiszenzen freien Kapitel zur Diskussion stellen würde. Ich gebe gerne zu, daß die Unzucht in der Bibel nicht geschildert wird, um zur Unzucht zu verleiten, sondern im Gegenteil, um den denkenden Menschen abzuschrecken; das kann mich aber nicht abhalten, sie trotzdem für die Jugend für gefährlich zu erklären, denn es kommt hier nicht darauf an, festzustellen, weshalb unzüchtige Dinge in der Bibel en masse erwähnt werden, sondern, daß dies überhaupt geschieht, genügt, um sie für Kinder gefährlich erscheinen zu lassen.

Mindestens ebensosehr wie das Lesen unzüchtiger Schriften wird die geschlechtliche Begierde angeregt durch zu üppigen Lebenswandel. Stark gewürzte und gesalzene Speisen sollten Kindern überhaupt nicht gereicht werden; Fleischnahrung im Übermaß ist ebenfalls durchaus schädlich; hingegen sind die meisten Gemüse- und Obstsorten empfehlenswert und werden auch von Kindern mit Vorliebe genommen; jedenfalls ist eine Ernährung, wie sie bei der Landbevölkerung Sitte ist — Gemüse, Brot, Milch, Kartoffeln — für unseren Zweck die einzig richtige; wir sehen auch den Effekt klar zu Tage treten: Während die Kinder in den Großstädten im Alter von 12—14 Jahren geschlechtsreif werden, ist dies auf dem Lande — trotz der besseren Luft — erst im 15.—16. Lebensjahre der Fall.

Besonders verderblich wirkt auch — zumal in den Großstädten — der frühzeitige Genuß von Alkohol und die Teilnahme von Kindern an den Vergnügungen Erwachsener. Kinder sollten Alkohol überhaupt nicht be-

kommen, es sei denn, daß er in schweren Krankheitsfällen ärztlich verordnet würde. Denn gerade der Alkohol, der tausende und abertausende von Existenzen vernichtet und die ihm Fröhnenden zu Trunkenbolden und Verbrechern macht, stellt über $^1/_3$ zu dem großen Kontingent der Geisteskranken. Und wie zerstörend muß ein Stoff, der auf die Dauer selbst das Nervensystem eines Erwachsenen zerrüttet, erst auf das noch in der Ausbildung begriffene des Kindes wirken! Also weg mit dem Alkohol bei Kindern!

Zu Konzerten, Kneipgelagen, Varietee's etc. sollten Nichterwachsene überhaupt keinen Zutritt haben, auch nicht in Begleitung ihrer Eltern. Wie traurig sieht es aber diesbezüglich gerade in Berlin aus! In hellen Scharen ziehen die Eltern Sonntags mit ihren halberwachsenen und kleinen Kindern in Lokale, in denen unzüchtige Aufführungen in Gestalt von Couplets die einzige Geistesnahrung bilden; die halbnackten Gestalten der Chansonetten bilden die traurige Augenweide für Schulbuben und Lehrburschen und selbst bei den sogenannten Kinderfesten werden so wenig decente Stücke zur Aufführung gebracht, daß vernünftige Eltern es für ihre Pflicht halten, auf derartige Geistesspeise zu verzichten und schleunigst wieder mit ihren Kindern zu verschwinden.

Weiterhin sind es besonders die ungünstigen Wohnungsverhältnisse, zumal in den Großstädten, die für die frühzeitige Reife und moralische Verkommenheit unserer Jugend — besonders der Proletarierbevölkerung — verantwortlich gemacht werden müssen; freilich tragen hier weder die unschuldigen Opfer noch ihre Eltern oder Angehörigen die Schuld, sondern ausschließlich die tatsächlich unerschwinglich hohen Mieten. Wenn ein Arbeiter, der 1000 Mark pro Jahr verdient, 3—400 Mk. davon für Miete verausgaben muß, so sind das durchaus ungesunde Zustände. Ja, wenn er für sein gutes Geld noch eine menschenwürdige Wohnung bekäme! Im günstigsten Falle bekommt er aber für 3—400 Mk. 2 Zimmer und 1 Küche, meistens ein größeres, sogenanntes Berliner Zimmer, in dem es an Luft und Licht mangelt, in welchem Nachts die ganze Familie (männliche und weibliche Personen, Verwandte, Schlafburschen etc.) zusammengepfercht wird und eine kleinere Stube, in welcher sich tagsüber die ganze Familie aufhält. Ist der Arbeiter aber nicht in der Lage, diese verhältnismäßig hohe Miete zu erschwingen, so muß es auch mit einem Zimmer und Küche zu 200—300 Mk. gehen und wie es da zugeht, das spottet oft jeder Beschreibung. Daß dies enge Zusammenwohnen beider Geschlechter schwere sittliche Ge-

fahren für unsere Jugend in sich birgt, bedarf gar keiner Frage; es ist meines Erachtens die Hauptursache der Verrohung und sittlichen Verkommenheit eines großen Teiles der Jugend unserer Proletarierbevölkerung und wer hier zuerst die Axt zur Beseitigung des Schadens anlegt, wird sich außerordentlich um die Hebung unserer Moralverhältnisse verdient machen.

Welch ungeheurer Schade täglich durch das Auslegen unzüchtiger Bilder, den Verkauf von unflätigen Ansichtskarten etc. verursacht und wie sehr dadurch an unserer Jugend gesündigt wird, das sei hier nur andeutungsweise erwähnt.

Also: Meines Erachtens sollen wir Ärzte vor Allem prophylaktisch dahin streben, daß eine gesunde, nervenstarke Generation herangezogen wird. Im Allgemeinen erweisen sich zwar die Verhältnisse stärker als wir; trotzdem können wir in mancher Beziehung mit Erfolg auf Beseitigung der oben angeführten Schäden dringen (Alkoholgenuß, Literatur). — Der eine oder der andere wird doch die immer wieder erfolgenden Mahnungen und Warnungen der Ärzte beherzigen, es wird auch die Zeit kommen, wo der Staat nicht mehr umhin kann, die Axt an unsere ganz unhaltbaren Wohnungsverhältnisse zu legen, wenn immer und immer wieder — auch aus den Kreisen der Gebildeten und besser Situierten — auf die unheilvollen Wirkungen des engen Zusammenwohnens aufmerksam gemacht wird.

Wir haben aber auch eine ganze Anzahl von Mitteln an der Hand, um den Geschlechtstrieb einzudämmen, resp. in vernünftige Bahnen zu lenken; das sollte vor Allem durch rechtzeitige, besonnene und zwanglose Aufklärung über geschlechtliche Verhältnisse in der Schule geschehen, die schon in den Jahren zu erfolgen hätte, in denen der Geschlechtstrieb noch ruht, und gelegentlich des Naturgeschichtsunterrichts unauffällig absolviert werden könnte. Je geheimnisvoller diesbezüglich von Eltern und Lehrern verfahren wird, desto größer ist die Gefahr für die heranwachsende Jugend.

Für mich ist es wenigstens zweifellos, daß der weitaus größte Teil von geschlechtlichen Verfehlungen unterbleiben würde, wenn die Jugend rechtzeitig über deren Folgen aufgeklärt würde; dies geht vor Allem daraus hervor, daß die meisten Exzesse in „venere" im Alkoholrausch oder doch im animierten Zustande verübt werden; wären sich die betr. Exzedenten der beim illigetimen Geschlechtsverkehr drohenden Gefahren bewußt, so würden sie sich meines Erachtens zu letzterem nur bei vollständiger Dispositionsfähigkeit verleiten lassen.

Es ist tatsächlich nicht zu beschreiben, welche bodenlose Unwissenheit in Geschlechtsfragen auch noch in den sogenannten gebildeten Kreisen herrscht. Unter 10 jungen Leuten gibt es mindestens 9, die keine Ahnung davon haben, daß Tripper, Schanker und Syphilis ganz verschiedene Dinge sind. Von der großen Gefahr der Ansteckung — ohne Benutzung von Schutzmitteln — wissen die meisten Laien auch nicht viel und noch viel weniger von der verheerenden Wirkung des Trippers auf die eigene Gesundheit, die Gesundheit der Gattin und das Glück der Familie. Das muß anders werden; daß dies geschehe, ist Zweck und Ziel des Vereins zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der eigentlich alle Ärzte zu seinen Mitgliedern zählen sollte. Sicherlich hat er in der langen Zeit seines Bestehens schon manches Gute gewirkt und manches Unheil verhütet.

Weiterhin sollen wir dafür sorgen, daß der Körper durch hinreichende Tätigkeit und Übung zwar gekräftigt und gestählt und gegen die vorzeitige „libido" widerstandsfähig gemacht, aber gleichzeitig ermüdet und für rechtzeitige Nachtruhe empfänglich gemacht wird. Viel Aufenthalt in frischer Luft, Turnen, Bergsteigen, Barlaufspielen usw. sind hier die wesentlichsten Unterstützungsmittel, ferner: Abhärtung des Körpers durch kalte Waschungen, Baden, Schwimmen usw.

Trotz aller Vorbeugungsmaßregeln wird es aber immer eine Anzahl nervöser Personen geben, bei denen der Geschlechtstrieb so stark entwickelt ist, daß es ihnen außerordentlich schwer fällt, ihn zu unterdrücken resp. in vernünftige Bahnen zu lenken; hier sieht sich der Arzt vor die Frage gestellt: Ist der illegitime Geschlechtsverkehr für die betreffende Person voraussichtlich von Vorteil oder von Schaden? Ist er geeignet, den krankhaften Zustand des Patienten zu bessern oder zu verschlimmern, oder übt er überhaupt keinen Einfluß auf denselben aus? Meines Erachtens ist die Empfehlung des illegitimen Verkehrs ein zweischneidiges Schwert, da in den allerseltensten Fällen ein Erfolg dieser Medikation mit einiger Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Im Gegenteil, es wird meistens damit gehen wie mit der Verordnung von Cocain für einen Morphinisten. Man versucht den Teufel durch Beelzebub auszutreiben und sieht später zu seinem Schrecken, daß sich der Zustand des Patienten nur verschlimmert hat. Jedenfalls sollte der praktische Arzt oder der Dermatologe meines Erachtens alle derartigen Fälle einem Nervenarzt überweisen, der die berufene Instanz für Beurteilung aller ähnlichen Fälle abgeben würde. Da aber auch der Nervenarzt wohl kaum jemals in der Lage sein wird, — besonders

wo es sich um perverse Geschlechtsneigung handelt — ein sicheres Urteil über den Einfluß, den der illegitime Verkehr auf das Leiden ausübt, abzugeben, so ist es nach meiner Ansicht seine heilige Pflicht, in allen diesen Fällen von der Verordnung eines so radikalen Mittels Abstand zu nehmen. Gesetzt aber den Fall: Der Nervenarzt behandelt ein Individuum, welches nach seiner Ansicht durch Ausübung des Geschlechtsverkehrs von einem schweren Übel befreit werden könnte. Wie soll er sich da verhalten? Nach meiner Meinung müßte er sich bei seinem Verhalten durch folgende Momente beeinflussen lassen:

1., Durch Rücksichtnahme auf die allgemein gültige Moral.

2., Durch seine eigene moralische Anschauung.

3., Durch Rücksichtnahme auf die moralische Anschauung des Patienten.

4., Durch die schwere Verantwortung, die er durch einen derartigen, die Moral schlechthin außer Acht lassenden Rat auf sich ladet und durch die schweren Schädigungen, welche seinem Klienten bei Befolgung des ärztlichen Rates eventuell entstehen könnten.

ad. 1) Ist dann der Arzt unter allen Umständen verpflichtet, auf die allgemein gültige Moral Rücksicht zu nehmen, oder kann er sich, wo es das Wohl seiner Patienten gilt, sich zeitweilig darüber hinweg setzen? Meines Erachtens ist unbedingt das erstere der Fall. Der Arzt nimmt — trotz aller Klage über den Niedergang des ärztlichen Ansehens — eine so geachtete Stellung in der bürgerlichen Gesellschaft ein, daß der Staat, in welchem er seinen Beruf ausübt, wohl von ihm erwarten kann und darf, daß er sich nicht mit den Grundprinzipien der zur Zeit herrschenden Moral in Widerspruch setzt. Die zur Zeit allgemein giltige Moral perhorresciert aber den unehelichen Geschlechtsverkehr und derjenige, der sich ihm hingibt, hat unter mancherlei gesellschaftlichen Vorurteilen zu leiden.

Wohin aber in aller Welt sollte es schließlich auch führen, wenn sich der Arzt berechtigt glaubte, ohne weiteres an den bestehenden Moralgesetzen zu rütteln, wenn er dadurch seinen Klienten einen gesundheitlichen Vorteil zu verschaffen gedenkt? Unsere ganzen Gesetze, einerlei ob dieselben nun durch den Gesetzgeber als solche festgelegt sind oder nur als moralische Anschauung von der Allgemeinheit anerkannt sind, basieren auf der zur Zeit giltigen Moral. Fühlt sich aber ein Arzt berechtigt, entgegen den bestehenden Anschauungen, die den illegitimen Verkehr für unmoralisch halten, trotzdem diesen zu empfehlen, so könnte ein andrer ja mit demselben Rechte und noch mit

viel mehr Aussicht auf Erfolg einem anämischen, durch körperliche Entbehrungen heruntergekommenen Individuum empfehlen, sich die Mittel zu seiner Wiederherstellung durch Diebstahl zu verschaffen. Denn ebenso variabel wie die Anschauungen über geschlechtliche Moral, könnten ihm die herrschenden Anschauungen über das Eigentumsrecht erscheinen.

Aber — werden mir meine Gegner einwenden — das ist denn doch ein gewaltiger Unterschied. Der Staat und die Gesetze kennen nichts von einer Strafbarkeit des illegitimen Geschlechtsverkehrs, während der Diebstahl — freilich auch nur auf Antrag — unbedingt bestraft wird. Darauf möchte ich folgendes erwidern: Der Staat bestraft — abgesehen von dem in letzterer Zeit häufig angezogenen §, welcher die Homosexuellen betrifft, nur solche Vergehen, durch die ein Dritter geschädigt wird. Bei der Ausübung des illegitimen Verkehrs wird aber in der Regel ein Dritter nicht geschädigt, wo dies doch der Fall ist, — wenn es sich um verheiratete Individuen handelt — tritt aber ähnlich wie beim Diebstahl auf Antrag Bestrafung (wegen Ehebruchs) ein. Der Arzt würde sich also durch seine Empfehlung des illegitimen Geschlechtsverkehrs unter Umständen sogar der Beihülfe zum Ehebruch schuldig machen.

ad. 2) Das Verhalten des Arztes wird außerdem und zwar nicht zum mindesten abhängen von seinen eigenen Moralanschauungen; hält er die Ausübung des illegitimen Geschlechtsverkehrs für unmoralisch, so wird er denselben konsequenterweise nicht empfehlen können, ebensowenig, wie er ein Medikament empfehlen wird, das er für unwirksam oder schädlich hält und wenn es 1000 Autoritäten empfehlen. Ich persönlich stehe auf dem Standpunkt, daß der illegitime Geschlechtsverkehr unmoralisch ist und kann mich daher nicht entschließen, eine meines Erachtens unmoralische Handlung einem meiner Patienten zu empfehlen. Ich sehe aber auch gar keinen Grund ein, weshalb ich nun einen derartigen Patienten einem liberaler denkenden Kollegen überweisen sollte. Der Betreffende wünscht von mir behandelt zu sein und ich trage die Verantwortung für einen etwaigen Erfolg oder Mißerfolg; da ich aber bei gewissenhafter Abschätzung des Für und Wider die moralische Einbuße, die ich resp. der Patient durch Gestattung des illegitimen Verkehrs erleiden würde, höher einschätze wie einen höchst unsicheren, zweifelhaften Erfolg, so verzichte ich eben auf die mir nicht zusagende Therapie.

Es wird mir da zweifellos erwidert werden: Wenn wirklich der illegitime Geschlechtsverkehr offiziell für unmoralich gilt, so ist die Sache de facto doch ganz anders. In Wirklichkeit geben sich dem-

selben mindestens 95% aller unverheirateten männlichen Individuen hin. Erstens ist dies wohl nur in den Großstädten der Fall und zweitens ist grade diese Tatsache eine Folge unserer falschen Erziehung. Wenn ich aber auch von vornherein wüßte, das meine Ausführungen nur geringen Anklang fänden, so wäre dies für mich ebensowenig ein Grund, hier meinen Standpunkt offen zu vertreten, wie dieses Moment den Verein zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bestimmen konnte, von der Empfehlung der Abstinenz abzusehen.

ad 3. Daß wir Ärzte Rücksicht auf die Anschauungsweise unserer Patienten nehmen müssen, versteht sich eigentlich von selbst, denn erstens gebietet es uns unser eigenes Interesse und zweitens werden wir als wahrhaft „liberale Ärzte" gern jedem seine Meinung lassen und nicht a priori erwarten, daß sich der Patient unseren Anschauungen stets ohne Weiteres fügt. Nun können wir zwar von vornherein gar nicht wissen, wie der betreffende Patient oder die betreffende Patientin über den außerehelichen Beischlaf denkt, aber das steht doch ziemlich sicher fest, daß sich von weiblichen Individuen mindestens 90% und von den männlichen auch ein gut Teil den Rat des Herrn Dr. Marcuse verbitten würden; ich nehme natürlich hier solche Personen aus, die nie abstinent waren; die kommen hier nicht in Frage und für die würde es auch gar keinen Zweck haben, sich vom Arzte den illegitimen Verkehr verordnen zu lassen, sondern ich setze voraus, daß diejenigen Personen, denen Herr Dr. Marcuse den betreffenden Rat gibt, denselben nach seiner Ansicht auch nötig haben, weil sie eben bis dahin abstinent lebten. Hier in Berlin mag es ja vielleicht noch angehen, daß der Arzt den außerehelichen Geschlechtsverkehr einem oder sogar einer Abstinenten empfiehlt, auf dem Lande wäre bei Empfehlung einer derartigen Therapie nicht viel hier für ihn zu hoffen, er würde dadurch in einen schlechten Geruch bei seinen Patienten kommen und der weibliche Teil seiner bisherigen Clientel würde sich sehr bald nicht mehr bei ihm sehen lassen. Dann aber meine ich auch, könnte diese allgemeine unbestimmte Empfehlung des außerehelichen Beischlafs, wie sie Herr Dr. Marcuse vorschlägt, für den Arzt selbst gelegentlich doch mal sehr verhängnisvoll werden. Er könnte sich dabei wie schon vorher erwähnt, der Beihilfe zu einer strafbaren Handlung schuldig machen. Steht man nämlich auf dem Standpunkte, daß man seine und des Patienten moralische Anschauung opfern muß, wenn man einen therapeutischen Erfolg zu erzielen hoffen darf, so muß man diesen Weg auch strikte einhalten. Wie aber

nun, wenn eine verheiratete Person zu mir kommt und ich habe die Hoffnung, daß der außereheliche Beischlaf günstig auf ihr Leiden einwirken würde? Konsequenter Weise mußte ich diese dann zu einem Verbrechen verführen, nämlich zum Ehebruch; das hat sich Herr Dr. Marcuse wohl nicht überlegt?

4. Bei Ausübung des außerehelichen Beischlafs ist der Patient schweren körperlichen Gefahren ausgesetzt; handelt es sich nicht um ein sogenanntes festes Verhältnis, was schließlich noch das vernünftigste wäre, so ist, wenigstens in der Großstadt, die Akquirierung einer Geschlechtskrankheit wohl kaum zu vermeiden, denn nach den statistischen Zusammenstellungen der letzten Jahre erkrankten die Dirnen in den größeren Städten — einerlei ob sie unter Kontrolle stehen oder nicht — durchweg ein bis zwei mal jährlich an einer geschlechtlichen Affektion und bei allen Vorsichtsmaßregeln würde eine gelegentliche Infektion auf die Dauer doch kaum ausbleiben können. Wenn wir aber unserm Patienten ein festes Verhältnis empfehlen wollen, können wir ihm schließlich auch die Ehe empfehlen, bei letzterer kommt er meines Erachtens in jeder Beziehung besser und auch billiger weg.

Empfiehlt es sich aus obigen Gründen schon nicht, zum außerehelichen Beischlaf zu raten, so kommt noch dazu die moralische Einbuße, die der betreffende erleidet. Ein Mensch, der bisher aus Überzeugung abstinent gelebt hat, wird sich nur schwer dazu entschließen, seine Ideale aufzugeben und den Verkehr von Straßendirnen aufzusuchen.

Wie aber nun erst, wenn die Person, der ich den illegitimen Verkehr empfehlen zu müssen glaube, eine Dame ist?

Mancher Arzt, der vielleicht einem jungen Manne den Rat geben würde, den außerehelichen Geschlechtsverkehr zu pflegen, wird sich doch sehr besinnen, ob er diesen Rat auch seiner weiblichen Clientel geben darf. Ich setze dabei immer voraus, daß es sich um ehrbare, moralisch intakte Personen handelt. Ich kann mir überhaupt nicht vorstellen, wie sich der Arzt weiblichen Personen gegenüber seines „Rechtes oder seiner Pflicht", den außerehelichen Beischlaf zu empfehlen, entledigen soll, ohne dabei in einen gewissen Verdacht zu kommen. Ich glaube aber auch, daß eine Dame kolossal an ihrem Renommee geschädigt würde, wenn es bekannt würde, daß sie illegitimen Verkehr hätte; Freunde und Bekannte würden sich von ihr zurückziehen und ihre Aussage, Herr Dr. X hat mir den illegitimen Verkehr empfohlen, würde wohl nicht imstande sein, ihren guten Ruf wieder herzustellen. Ferner: Denken wir uns doch mal an

die Stelle des Vaters, Mannes oder Bräutigams einer solchen Person, wie würden wir an deren Stelle über den Arzt denken, der unsern Töchtern, Frauen oder Bräuten eine solche Therapie verordnen würde? Ich glaube, dem „Doktor" ging es unter Umständen schlecht, nicht nur, was seine weiteren finanziellen Erfolge in der Praxis anbeträfe, sondern auch körperlich; meines Erachtens mit Recht, das bischen von Idealen, was wir noch in die neuere Zeit hinübergerettet haben, sollten wir streben, mit allen Mitteln festzuhalten und dazu gehört vor Allem die ideale Auffassung von dem Wesen der deutschen Frau; ich wenigstens möchte bei weitem lieber auf die Ehe verzichten wie eine Person heiraten, von der ich wüßte, daß sie vor der Ehe unsittlichen Verkehr gehabt hätte, einerlei ob aus eigenem Antriebe oder auf Kommando.

Ich komme zum Schluß:

Die Notwendigkeit, außerehelichen Beischlaf zu empfehlen, liegt für uns Ärzte nicht vor; im Gegenteil, wir sind meines Erachtens verpflichtet, nicht eine Therapie zu empfehlen, die unter Umständen imstande ist, unsern eigenen Ruf oder den unserer Patienten zu gefährden. Wir pflegen aber in unserer Praxis auch sonst nur solche Mittel anzuwenden, deren Dosierung und Wirkung wir kennen und deren unangenehme Nebenwirkungen wir kontrollieren können. Das ist aber bei Empfehlung des illegitimen Geschlechtsverkehrs ganz unmöglich. Wir sind auch umsoweniger zu einem solchen Vorgehen berechtigt, als wir in keinem einzigen Falle mit Sicherheit voraussagen können, ob unsere Empfehlung nicht den entgegengesetzten Erfolg haben wird wie den, den wir erhofften. Ich stehe daher auf dem prinzipiellen Standpunkte, daß der Arzt außerehelichen Verkehr überhaupt nicht empfehlen darf und daß er, fall er es dennoch tut, für alle Folgen desselben verantwortlich gemacht werden muß.

Klinischer Beitrag zur Kenntnis der therapeutischen Wirkung des Gonosans.

Von Dr. **Ferrucio Passarelli**, Assistenzarzt, Ospidale Civile, **Rovigo.**

Wenn auch die Zahl der von mir mit dem Gonosan angestellten klinischen Beobachtungen wegen der kurzen Spanne Zeit, die seit dem Beginn dieser Beobachtungen bis jetzt verstrichen ist, gering ist, so sind doch andererseits die von mir erzielten Erfolge selbst in den Fällen, in denen ich alle anderen bei „Urethritis gonorrhoica" gewöhnlich zur

Anwendung gelangenden Mittel erfolglos angewendet hatte, so vorzügliche, daß ich mich entschlossen habe, über die von mir erzielten Resultate schon jetzt zu berichten, da aus diesen für mich mit Gewißheit hervorgeht, daß das Gonosan das beste antigonorrhoische Präparat ist, welches ich bis jetzt angewendet habe. In der Tat vermißte man bislang in der Therapie der Gonorrhoe ein Mittel, welches rasch und sicher wirkte, und diesem Bedürfnis ist nun, seitdem das Gonosan seinen siegreichen Einzug in die Klasse der spezifischen Antigonorrhoica gehalten hat, abgeholfen. Ich halte das Gonosan ganz bestimmt für ein Spezificum, und ich wünsche, daß sämtliche Ärzte Gelegenheit haben möchten, das Gonosan in den in ihrer Praxis vorkommenden Fällen anzuwenden und es auf diese Weise mit den anderen Präparaten zu vergleichen: ich bin überzeugt, daß der Vorzug stets dem Gonosan gegeben werden wird.

Im allgemeinen wird die Gonorrhoe nicht als schwere Krankheit angesehen. Wenn aber das Publikum die gefährlichen Komplikationen, die durch die Gonorrhoe erzeugt werden und die selbst den Tod des Kranken herbeiführen können, gekannt hätte, so hätte es seine Meinung sicherlich geändert und auf die rechtzeitige Inangriffnahme der Behandlung dieser Krankheit und die zweckmäßige Durchführung der Behandlung weit größeres Gewicht gelegt. Glücklicherweise sind wir jetzt in der Lage, die Behandlung der Gonorrhoe mit Aussicht auf sicheren Erfolg in Angriff zu nehmen, wenn wir das neue Präparat, das Gonosan, anwenden.

Das Gonosan ist eine gelbgrüne, ölige, durchscheinende, in Weingeist, Chloroform und Aether lösliche Substanz; es enthält die Harzmasse der Kawa-Wurzel, in reinem ostindischen Sandelöl gelöst. Es gibt zwei Sorten von Sandelöl, von denen die eine aus Ost-, die andere aus West-Indien stammt. Letzteres ist von schwächerer Wirkung; heutzutage ist deshalb das ostindische Sandelöl am meisten im Gebrauch, und in diesem ist, wie gesagt, das Harz der Kawa-Kawa gelöst. Cuzent hat im Anschluß an die Forschungen von Meyer bei der chemischen Prüfung der in Rede stehenden Wurzel eine Harzmasse gefunden, die sich nach Lewin in zwei Harze zerlegen läßt: das α- und β-Harz. Außerdem enthält die Wurzel zwei therapeutisch unwirksame Substanzen, das Kawahin und Yangonin. Lewin hat die beiden Harze experimentell geprüft und festgestellt, daß das α-Harz eine anästhesierende Wirkung ausübt, während er im „Extractum fluidum" der Kawa eine anämisierende und diuretische Wirkung nachzuweisen vermocht hat.

Die Chemische Fabrik J. D. Riedel in Berlin hat nun die

pharmakodynamisch wirksame Harzmasse (α-+β-Harz) der Kawawurzel, nach Eliminierung der in derselben enthaltenen indifferenten Körper Kawahin und Yangonin, chemisch rein dargestellt und in ostindischem Sandelöl gelöst. Diese Lösung kommt unter dem Namen Gonosan in Kapseln in den Handel. Prozentualiter berechnet, entfallen im Gonosan 20% auf das α-+β-Harz, 80% auf das Sandelöl.

Alle diese Tatsachen, die ich aus der Arbeit Meyer's erfahren habe, haben auf mich einen so tiefen Eindruck gemacht, daß in mir der Wunsch rege wurde, das Gonosan in meiner Praxis versuchsweise anzuwenden. Die Resultate, welche ich erzielt habe, und über welche ich nun berichten will, werden das günstige Urteil, mit dem ich meine vorliegende Mitteilung eingeleitet habe, voraussichtlich bestätigen.

Die Zahl meiner bisherigen klinischen Beobachtungen beträgt 11. In sämtlichen Fällen wurde die Diagnose durch mikroskopische Untersuchung des Ausflusses bezw. durch den Nachweis von Gonococcen sichergestellt.

1. Fall. Urethritis gonorrhoica subacuta anterior:

L. S., Kaufmann, 31 Jahre alt, leidet seit 10 Monaten an Gonorrhoe. Die mikroskopische Untersuchung ergibt zahlreiche Gonococcen. Der Patient berichtet, daß er schon mit Protargol einen Monat lang behandelt wurde, aber ohne Erfolg; die Protargol-Irrigationen wurden dann durch Irrigationen mit $^1/_4$%-iger Silbernitratlösung ersetzt, jedoch gleichfalls ohne Erfolg. Nach diesem Mißerfolg der lokalen Behandlung wurde die Behandlung mit Oleum Santali eingeleitet, von dem der Patient ungefähr einen Monat lang 8 Kapseln täglich bekam. Unter dem Einflusse dieser Behandlung ließ zwar der Ausfluß etwas nach, aber da zeigte sich plötzlich eine Reaktion des Organismus des Patienten gegen das Sandelöl, die sich dadurch äußerte, daß der Patient über starkes Brennen im Magen, Zunahme der Schmerzen beim Harnlassen und über schmerzhafte, am Tage sowohl wie in der Nacht anhaltende Erektionen klagte; ich sah mich dadurch natürlich gezwungen, die weitere Verabreichung des Sandelöls zu inhibieren und das letztere durch das Gonosan zu ersetzen. Der Patient bekam nun in den ersten 4 Tagen 6 und dann 8 Gonosankapseln täglich. Unter dem Einflusse dieser Behandlung besserte sich der Zustand des Patienten außerordentlich rasch: das Gefühl von Brennen im Magen hörte sofort auf, die Schmerzen beim Harnlassen verschwanden, und die Miktionsfrequenz wurde normal; die Erektionen des Penis störten nicht mehr den Patienten durch ihre abnorme

Häufigkeit, und nach einer Behandlungsdauer von 12 Tagen war der Patient vollständig geheilt, indem nicht nur sämtliche subjektiven Beschwerden nachgelassen haben, sondern auch die mikroskopische Untersuchung des spärlichen Sekrets keine Gonococcen und nur spärliche Epithelzellen ergeben hat. Seit ungefähr 3 Monaten fühlt sich der Patient nunmehr vollständig wohl.

2. Fall. Urethritis gonorrhoica acuta anterior:

R. S., Student, 22 Jahre alt. Der Patient erscheint in meiner Sprechstunde 10 Tage nach dem infizierenden Coitus. Die Besichtigung ergab starke Rötung und Wülstung der Mündung der Harnröhre. Die „Pars anterior urethrae" war, der „Fossa navicularis" entsprechend, bei Druck schmerzhaft, und außerdem trat, wenn man diesen Druck ausübte, aus der Mündung der Harnröhre gelbgrüner, dicker Eiter hervor. Der Patient klagte über Brennen und Schmerzen in der Harnröhre, die sich beim Harnlassen, welches in der letzten Zeit häufiger geworden war, steigerten. Der eitrige Ausfluß aus der Harnröhre wurde auf einen Objektträger gebracht und mikroskopisch untersucht. Das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung, sowie das gesamte Krankheitsbild ließen mit Sicherheit folgende Diagnose stellen: Urethritis gonorrhoica acuta anterior. Ich verordnete eine passende Diät und außerdem noch Irrigationen mit $^1/_4$ pro mill. Lösungen von Kali hypermanganicum, jedoch ohne Erfolg: der eitrige Ausfluß ist unverändert geblieben, die Schmerzen haben nicht nachgelassen, so daß der Patient nach einiger Zeit ganz enttäuscht wieder in meiner Sprechstunde erschien.

Ich ordinierte Gonosan, 6 Kapseln täglich. Als der Patient nach einer Woche wiederkam, war der eitrige Ausfluß vollständig verschwunden. Ich gab dem Patienten die üblichen hygienisch-diätetischen Vorschriften und entließ ihn aus der Kur. Seitdem sind bereits 2 Monate vergangen, und der Patient fühlt sich immer wohl. Die mikroskopische Untersuchung des spärlichen Harnröhrensekrets ergab vollständiges Fehlen von Gonococcen und nur wenig Filamente.

3. Fall. Urethritis posterior gonorrhoica:

P. E., Bäcker, 26 Jahre alt, krank seit 3 Monaten. Sein Beruf hat es ihm unmöglich gemacht, die hygienischen Ratschläge des Arztes zu befolgen, und infolgedessen entwickelte sich aus der ursprünglichen Urethritis anterior eine Urethritis posterior, welche bereits bestanden hat, als der Patient zum ersten Mal in meiner Sprechstunde erschien. Die mikroskopische Untersuchung des gelbgrünen eitrigen

Harnröhrenausflusses ergab in Bezug auf Gonococcen ein positives Resultat. Beim Patienten bestanden die bekannten Symptome von Strangurie: der Harn ging in ungewöhnlich dünnem Strahl oder auch nur tropfenweise ab, wobei das Harnlassen mit heftigen Schmerzen verknüpft war. Am Schlusse einer jeden Miktion traten aus der Harnröhrenmündung einige Tropfen Blut heraus. Auch in diesem Falle bot sich mir Gelegenheit, dasjenige ziemlich seltene Phänomen zu beobachten, das in einer besonderen Form von Erektion des Penis besteht und als Inchordation bezeichnet wird. Diese Inchordation besteht darin, daß der hintere Teil des Penis sich im Zustande der Erektion befindet, während der vordere schlaff ist und herabhängt, mit dem gespannten hinteren Teile einen nach unten gerichteten Winkel bildend. Dieser Patient ist früher zunächst mit Irrigationen von $^1/_4$-, dann von $^1/_2$- und schließlich von $^3/_4$-pro mill. Lösungen von Kali hypermang. behandelt worden, aber ohne jeglichen Erfolg: Im Gegenteil, die ursprüngliche Urethritis anterior verwandelte sich in eine Urethritis posterior, und es kamen noch die geschilderten schweren Symptome hinzu. — Nun wird die Behandlung mit Gonosan eingeleitet, wobei der Patient zuerst 4, dann 6 und schließlich 8 Kapseln täglich bekam. Schon am 4. Tage begann das Symptom der Strangurie nachzulassen, und am 6. Tage nach Beginn der Gonosan-Behandlung war dieses Symptom vollständig verschwunden; auch das Blut, welches sich früher am Schlusse des Miktionsaktes einstellte, kam nicht mehr wieder. Der früher grüngelbe Ausfluß bekam eine weißliche Farbe, und am 14. Tage waren die Gonococcen aus den wenigen Epithelzellen vollständig verschwunden. Die mikroskopische Untersuchung des Ausflusses bestätigte, daß derselbe nicht mehr eitrig, sondern rein schleimig war. Er wurde durch eine 14tägige Behandlung mit Protargol-Irrigationen vollständig beseitigt. Der Patient fühlt sich jetzt vollständig wohl und geht seinem schweren Beruf nach, ohne auch über die geringste Störung zu klagen.

4. Fall. Urethritis gonorrhoica acuta anterior, kompliziert mit Lymphangoitis des Penis:

P. A., Diener, 36 Jahre alt, leidet seit 18 Tagen an Gonorrhoe, welche Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung des Harnröhrenausflusses sichergestellt wurde. Als Komplikation der Urethritis anterior besteht bei dem Patienten eine Entzündung der Lymphgefäße des Dorsum penis, wobei am schwersten der rechte Ast betroffen war, der dem Verlauf der A. dorsalis penis entsprach. Der Patient

klagte über heftige Schmerzen, welche anfallsweise, nämlich während der häufigen Erektionen auftraten. Bei der objektiven Untersuchung fand man einen Strang, der rötlich durch die Haut durchschimmerte und sich den entzündeten Lymphgefäßen entlang hinzog. Bei der Palpation fühlte sich dieser Strang hart an; er war von kleinen Knötchen durchsetzt, die 1—1 $^1/_2$ cm. voneinander entfernt und sowohl bei direktem, wie auch indirektem Druck sehr schmerzhaft waren. Der Patient wurde 15 Tage lang mit Irrigationen von $^1/_4$%-igen Lösungen von Zinkum sulf. behandelt, aber ohne jeglichen Erfolg. Als der Patient in meine Sprechstunde kam, habe ich ihm, nachdem ich die Diagnose mit Hilfe des Mikroskops sichergestellt hatte, entsprechende Diät und Gonosankapseln (für die ersten 3 Tage 6 Stück, für die folgenden Tage 8 Stück täglich) verordnet. Schon am 3. Tage begann der Schmerz, der von der Lymphangoitis des Dorsum penis ausging, an Intensität nachzulassen; die Knötchen, welche früher hirsekorngroß waren, verkleinerten sich, die Rötung ließ nach, und am 6. Tage war sie vollständig verschwunden. Der früher grünliche Ausfluß bekam eine weißliche Farbe, und nach 18 Tagen konnten in demselben mit Hilfe des Mikroskops keine Gonococcen mehr nachgewiesen werden. Der zurückgebliebene schleimige Ausfluß wurde durch Nachbehandlung mit Protargol vollständig beseitigt.

5. Fall. Urethritis posterior, kompliziert mit gonorrhoischer Prostatitis:

S. B., Kutscher, 29 Jahre alt, krank seit 3 Monaten. Die ursprüngliche Urethritis anterior verwandelte sich nach 35 Tagen in eine Urethritis posterior. Nach 45 Tagen begann der Patient über ein Gefühl von Brennen und heftigem Pulsieren im Damme, sowie über Erschwerung und Schmerzhaftigkeit des Harnlassens zu klagen. Bei der Einführung eines Katheters in die Harnröhre stößt man an einer der Pars prostatica urethrae entsprechenden Stelle auf einen Widerstand, der nur mit Mühe überwunden werden kann. Der gelbgrünliche Ausfluß, der 50 Tage ununterbrochen angehalten hatte, verschwand, das Perineum war gerötet, bei der Palpation warm und im höchsten Grade empfindlich. Gleich nach Beginn der Erkrankung wurde die Behandlung mit $^1/_2$ pro mill.-Lösungen von Kalium hypermangan. eingeleitet, aber mit negativem Erfolg. Die Irrigationen wurden ca. 30 Tage, allerdings unregelmäßig, angewendet, und da erlitt der Patient eines Tages ein leichtes Trauma in der Dammgegend, worauf sich Symptome von gonorrhoischer Prostatitis eingestellt hatten.

Als der Patient in diesem Zustande in meine Sprechstunde kam, verordnete ich „Decoct. fol. uvae ursi" mit Extractum Belladonnae und Tinctura opii innerlich und außerdem warme Kataplasmen auf die Dammgegend. Nach einer Behandlungsdauer von 3 Tagen ließen die Schmerzen nach, der gelblich-grünliche Ausfluß stellte sich wieder ein. Nachdem ich mich mit Hilfe der mikroskopischen Untersuchung von der Anwesenheit von Gonococcen überzeugt hatte, verordnete ich dem Patienten Gonosan, und zwar 8 Kapseln täglich. Nach einer Behandlungsdauer von 10 Tagen klagte der Patient nicht mehr über Schmerzen in der Perinealgegend, und selbst bei Druck konnten keine Schmerzen mehr ausgelöst werden. Die Defäkation ging normal von statten und war nicht mehr von denjenigen Schmerzen begleitet, welche die Kotsäule früher bei ihrer Vorwärtsbewegung von Seiten der entzündeten Prostata auslöste. Der Harnröhrenausfluß nahm an Quantität ab und bekam eine weißliche Farbe und schleimigen Charakter; unter dem Einflusse einer 15tägigen Nachbehandlung mit Protargol verschwand auch dieser Ausfluß vollständig. Der Patient fühlt sich jetzt vollständig wohl, und bei der digitalen Exploration des Mastdarms erscheint die Prostata zwar noch etwas vergrößert, aber nicht mehr schmerzhaft. Der in die Harnröhre eingeführte Katheter stößt noch auf ein Hindernis in der Pars prostatica urethrae, welches aber nur geringen Widerstand entgegensetzt.

6. Fall. Urethritis gonorrhoica subacuta anterior:

M. U., 26 Jahre alt, Magistratssekretär. Vor ca. 2 Monaten infizierender Coitus mit nachfolgender gonorrhoischer Erkrankung. Der Patient wurde mit einer $^1/_4$ pro mill.-Lösung von Kali hypermang. behandelt und angeblich geheilt. Als sich aber der Harnröhrenausfluß wieder eingestellt hatte, kam der Patient zu mir. Nachdem ich die Diagnose mit Hilfe der mikroskopischen Untersuchung sichergestellt hatte, leitete ich die Behandlung mit Gonosan ein und wies den Patienten an, 7 Gonosankapseln täglich zu nehmen. Die Sekretion begann rasch nachzulassen und verschwand nach einer Behandlungsdauer von 9 Tagen vollständig.

7. Fall. Urethritis gonorrhoica, kompliziert mit akuter Epididymitis:

P. F., Student, 20 Jahre alt, leidet seit ca. 30 Tagen an Urethritis anterior. Er wurde mit Irrigationen von $^1/_4$ pro mill.-Lösungen von Kalium hypermangan. lokal und zugleich mit innerlicher Verab-

reichung von Oleum Santali behandelt. Unter dem Einflusse dieser Behandlung stellte sich eine merkbare Besserung ein, und der Patient wagte, durch die Besserung ermutigt, eine Radtour von 40 km. zu machen. Dieses Wagnis hatte zur Folge, daß der Harnröhrenausfluß reichlicher wurde und die ursprüngliche Urethritis anterior sich in eine Urethritis posterior verwandelte. Der Patient bekam Schüttelfrost, Kopfschmerzen und Fieber; im rechten Hoden, in welchem der Patient ein Gefühl von Schwere empfunden hatte, stellten sich zu dieser Zeit so heftige Schmerzen ein, daß der Patient nicht mehr gehen konnte. Als ich zu dem Kranken gerufen wurde, konnte ich sogleich eine rechtsseitige Epididymitis gonorrhoica feststellen. Die rechte Hälfte des Hodensacks war bedeutend vergrößert; sie zeigte die Größe eines Hühnereies; der Harnröhrenausfluß war sehr gering. Ich verordnete absolute andauernde Bettruhe, lokale Bäder mit verdünntem Plumbum aceticum und ließ, nachdem die entzündlichen Erscheinungen etwas nachgelassen hatten, Watte-Umschläge machen. Bald vermehrte sich der Harnröhrenausfluß, worauf ich Gonosan-Kapseln sowie eine passende Diät verordnete. Meine Verordnungen wurden von dem Patienten auf das genaueste befolgt, und ich hatte die Befriedigung, nach 16 Tagen den eitrigen Ausfluß verschwinden zu sehen. Der zurückgebliebene Schleimtropfen wurde mit Protargollösungen behandelt und vollständig beseitigt. Am rechten Nebenhoden blieb eine Induration mit leichter, aber nicht schmerzhafter Vergrößerung zurück.

8. Fall. Urethritis gonorrhoica acuta anterior:

S. E., Kellner, 22 Jahre alt, erschien in meiner Sprechstunde am dritten Tage nach dem letzten Coitus, mit den üblichen Urethritis-Symptomen. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine ungeheure Menge Gonococcen, die intracellulär lagen. Ich verordnete sofort Gonosan, welches in den ersten 5 Tagen in einer Dosis von 6, später in einer solchen von 8 Kapseln täglich genommen werden sollte. Die mikroskopische Untersuchung des Harnröhrenausflusses wurde alle 3 Tage wiederholt, und bei jeder Untersuchung konnte man die rasch fortschreitende Verringerung der Anzahl der Gonococcen feststellen. Nach einer Behandlungsdauer von 11 Tagen hörte der eitrige Ausfluß aus der Harnröhre auf, und die mikroskopische Untersuchung des spärlichen Sekrets ergab, daß dasselbe keine Gonococcen mehr enthielt. Es blieb ein rein schleimiger Ausfluß zurück, der spärliche Filamente enthielt und nach einer kurzen Nachbehandlung mit Protargol-Irrigationen gleichfalls vollständig verschwand. Der Patient hat seinen

Dienst nur für die kurze Dauer von 5 Tagen unterbrechen müssen und konnte nach dieser Zeit seine Obliegenheiten ohne jegliche Störung regelmäßig verrichten. Jetzt fühlt sich der Patient vollkommen wohl.

Im 9., 10. und 11. Falle, in denen es sich durchweg um Urethritis acuta gonorrhoica gehandelt hat, wurde die mikroskopische Untersuchung des Harnröhrenausflusses jeden 3. oder 4. Tag wiederholt, und bei jeder Untersuchung konnte man —, genau so wie im vorstehenden Falle — im Ausfluß eine fortschreitende Verringerung der Anzahl der Gonococcen feststellen, die schließlich vollständig verschwanden, nachdem der ursprünglich eitrige Ausfluß sich in einen rein schleimigen verwandelt hatte.

Wie gesagt, ist die Anzahl meiner klinischen Beobachtungen gering, aber die erzielten Resultate sind brillant.

Die Gonosankapseln wurden stets, sofern der Magen in Betracht kommt, sehr gut vertragen. In allen Fällen wurde unter dem Einflusse der Gonosan-Behandlung eine sehr rasch eintretende Verringerung der Irritation und der Entzündung der Gewebe wahrgenommen, welche Wirkung der anämisierenden und anästhesierenden Wirkung des Präparats zu verdanken ist. Die subjektiven Beschwerden liessen nach, die schmerzhaften Erektionen verschanden, der abnorm gesteigerte Harndrang wurde wieder normal.

Es gibt noch eine Tatsache, die ganz besonderer Beachtung wert ist: Es wurde nämlich während der Gonosan-Behandlung von jeglicher Lokalbehandlung abgesehen, und somit kann es als erwiesen betrachtet werden, daß das Gonosan seine günstige Wirkung ganz allein ausgeübt und seine baktericide Kraft zur Geltung gebracht hat.

Indem ich mich auf die vorstehenden Resultate stütze, glaube ich, die Gonosan-Behandlung als die beste, sicherste und am raschesten zum Ziele führende Behandlung der Gonorrhoe empfehlen zu können.

Ueber sexuelle Neurasthenie.

Von **Dr. M. A. Stern.**

(Fortsetzung.)

Während der ganzen Zeit waren sonst auch nicht die geringsten Erscheinungen von Magengeschwür vorhanden. Nun legte ich mir die Frage vor, ob ich es nicht mit einer einfachen Gastralgie zu tun habe. Ich habe schon mehrere Fälle von schwerer Gastralgie beobachtet (bei einem jungen Mädchen hielt die Gastralgie über eine Woche an, wobei gleichfalls jegliche Erscheinungen von einer chronischen Magenaffektion fehlten, jedoch gingen die Schmerzen auf Narkotica und warme Wannenbäder zurück), aber noch niemals Schmerzen von solcher Intensität und von solcher Dauer angetroffen. Indem ich den Patienten unter anderem auch über sein sexuelles Leben befragte, erfuhr ich, daß er schon über 2 Jahre den Coitus interruptus ausübt, weil er keine Kinder mehr haben will. Bei weiterem Befragen begann sich der Patient zu erinnern, daß das erste Auftreten der Schmerzen fast mit der Zeit kongruiert, zu der er begonnen hatte, das unregelmäßige sexuelle Leben zu führen. Während der radikalen Behandlung des vermeintlichen Magengeschwürs, sowie auch einen Monat darauf mied er den sexuellen Verkehr und fühlte sich zu dieser Zeit wohl. Ich dachte unwillkürlich daran, daß das Auftreten der Krankheit mit dem abnormen sexuellen Leben des Patienten event. in Zusammenhang stehe, um so mehr, als viele Autoren, darunter Eichhorst[3]), gleichfalls anerkennen, daß Gastralgie durch Abweichung vom normalen sexuellen Leben hervorgerufen werden kann.

Da ich mit der Diagnose noch nicht ganz sicher war, empfahl ich dem Patienten, sich zu einem Spezialarzt für Magenkrankheiten zu begeben. Er reiste nach Berlin und konsultierte Rosenheim und Ewald. Beide waren mit der Diagnose „Ulcus rotundum ventriculi" nicht einverstanden. Rosenheim diagnostizierte, wie der Patient später berichtete: „Entzündung der Magenhüllen" (Rheumatismus der Bauchmuskeln?). Ewald erklärte sich mit dieser Diagnose nicht einverstanden und konstatierte nur: „Erweiterung des Magens", verordnete dem Patienten warme Wannenbäder, Massage der Magengegend, regelmäßige Lebensweise und gestattete ihm, innerlich Morphium zu nehmen, bis sich sein Zustand gebessert haben würde. In der Tat hat sich bei dem Patienten, seitdem er nach Berlin gereist war, eine unbedeutende Magenerweiterung entwickelt, wenn auch sämtliche Merkmale

dieser Erkrankung (Erbrechen, Aufstoßen, hochgradiger Durst, Sodbrennen etc.) nicht vorhanden waren. Immerhin kann ich mich mit dieser Diagnose nicht einverstanden erklären und ich zweifle, daß so heftige Schmerzen nur durch die Magenerweiterung allein bedingt sein können. So vielen Fällen von Magenerweiterung ich in der Praxis auch begegnet bin, so hörte ich doch selten Beschwerden über heftige Schmerzen. Auch in der Literatur fand ich keine Angaben über heftige Schmerzen bei Magenerweiterung. So finden wir in der „Praktischen Diagnostik" von Kühnemann[4]) in der diagnostischen Tabelle der Magenkrankheiten mit mehr oder minder chronischem Verlauf in der Rubrik „Schmerzen, Empfindlichkeit bei Druck" in Bezug auf Magenerweiterung die Angabe „unbedeutend", desgleichen finden wir bei den übrigen bekannten Klinikern keine Angaben darüber (Eichhorst, Mering, Dieulafoy, Schwalbe etc.).

Ich vermutete bei dem Patienten nervöse Dyspepsie nebst Gastralgie und als ätiologisches Moment derselben Neurasthenie, und zwar sexuelle, da andere ätiologische Momente, welche Neurasthenie bei dem Patienten hätten erzeugen können, nicht zu eruieren waren: der Patient hat ein regelmäßiges Familienleben geführt, und außer dem abnormen geschlechtlichen Verkehr konnte nichts anderes konstatiert werden. Auch die Magenerweiterung konnte eher als Atonie des letzteren betrachtet werden, was bei Neurasthenikern häufig angetroffen wird. Wir haben gesehen, daß die Gastralgie sich bedeutend verringert hatte, als der Patient die Behandlung des vermeintlichen Magengeschwürs genau ausführte und sich des sexuellen Verkehrs enthielt.

Solche heftigen Gastralgien werden auch im Anfangsstadium gewisser Erkrankungen des Zentralnervensystems (crises gastriques bei Tabes dorsalis, dann bei multipler Sklerose, Myelitis, progressiver Paralyse etc.) beobachtet. Jedoch habe ich bei meinem Patienten auch nicht die geringsten Symptome dieser Erkrankungen feststellen können. Heftige, andauernde Gastralgien werden nach Eichhorst[5]) bei Onanisten, sowie bei Personen angetroffen, die sich Exzesse „in baccho" oder „in venere" zuschulden kommen lassen, jedoch ist es unmöglich, unseren Patienten zu dieser Kategorie zuzuzählen.

Ich bin so ausführlich auf die Krankengeschichte dieses Patienten eingegangen, da ich, wie gesagt, in meiner ganzen Praxis niemals einer so heftigen, andauernden und hartnäckigen Gastralgie, wie bei diesem Patienten, begegnet bin. Übrigens haben die Schmerzen unter dem Einflusse der Massage und der Wannenbäder, die von Prof.

Ewald dem Patienten verordnet wurden, nachgelassen, dann aber sind sie wieder heftiger geworden, so daß der Patient der Morphiumsucht verfiel.

Von anderen Magenstörungen, die ich bei „an sexueller Neurasthenie leidenden" Patienten beobachtet habe, können folgende hervorgehoben werden: Atonie der Magenwandungen, die sich durch Hervorstülpung der Magengegend kundgibt, Aufstoßen mit Gasen, die jedoch vollständig geruchlos sind (das Aufstoßen ist bisweilen sehr laut und vom Willen unabhängig), Kopfschmerzen nach dem Essen (die Patienten werden nach dem Mittagessen schläfrig, so daß sie unbedingt zu Bett gehen müssen). Ungeachtet aller dieser Symptome, werden bei den betreffenden Patienten auch nicht die geringsten Abweichungen von Seiten der mechanischen und chemischen Magenfunktion beobachtet, so daß von einem Katarrh dieses Organs nicht die Rede sein konnte. Die Zunge blieb dabei meistenteils nicht belegt; der Appetit, die Assimilierbarkeit und die Dauer der Magenverdauung litten nicht im geringsten. Schließlich wurde sehr häufiges Erbrechen beobachtet, wobei die erbrochenen Massen bisweilen stark sauer waren, ohne daß in der Ätiologie irgendwelche Abweichungen von der gewöhnlichen Diät konstatiert werden konnten. Das Erbrechen und die allgemeine Zerschlagenheit erreichten hier bisweilen solche Dimensionen, daß man unwillkürlich an eine Vergiftung mit irgend einem organischen Gifte (Fisch- oder Fleisch-Gift) denken mußte, wie es in der folgenden Beobachtung der Fall gewesen ist.

2. Fall. Herr X., 32 Jahre alt, intelligent, niemals ernstlich erkrankt, aber schon vor der Verheiratung einigermaßen nervös gewesen. So pflegte sich bei ihm beispielsweise bei heftigen Erregungen Durchfall einzustellen. Der Patient ist verheiratet, hat 3 Kinder. In den ersten Jahren nach der Verheiratung fühlte er sich vorzüglich. Nach der Geburt des zweiten Kindes setzte er sich jedoch in den Kopf, keine Kinder mehr zu haben und wandte zu diesem Zwecke die verschiedensten Mittel, darunter auch „Coitus interruptus" an. Seitdem begann er, sich schlecht zu fühlen: es stellten sich starkes Sodbrennen, bisweilen auch Aufstoßen, Gefühl von Völle nach dem Essen, Zerschlagenheit und Müdigkeit nach der Nahrungsaufnahme, hartnäckige Schläfrigkeit, Kopfschmerzen, bisweilen auch Erbrechen ein, ohne daß irgendwelche organische Veränderungen von Seiten des Magen-Darmkanals konstatiert werden konnten: die Zunge war rein, der Appetit gut, der Stuhl normal. Alle diese Erscheinungen standen mit der Nahrungsaufnahme in gar

keinem Zusammenhang; im Gegenteil, bisweilen nahm der Patient sehr schwer verdauliche Speisen zu sich, ohne daß sich diese Symptome einstellten. Für den nervösen Charakter dieser Erscheinungen sprach auch der Umstand, daß sie, wenn der Patient abgelenkt war (durch angenehme Gesellschaft, durch Kartenspiel usw.), sämtlich verschwanden. Der Patient selbst machte die Wahrnehmung, daß alle diese Symptome nach jedem unregelmäßigen Coitus sich verschlimmern und im Gegenteil sich bessern, wenn die Frau für eine Zeit verreiste. Als einmal trotz sämtlicher Präservative eine Konzeption eingetreten und die Frau zum dritten Male schwanger geworden war, so daß sich die weitere Ausübung des „Coitus interruptus" von selbst erübrigte, hörten sämtliche unangenehmen Erscheinungen von Seiten des Magens auf, und gleichzeitig besserten sich Allgemeinzustand und subjektives Befinden. Nach der Geburt des dritten Kindes hat Herr X., der sämtliche ihm bekannten antikonzeptionellen Mittel ohne Erfolg ausprobiert hatte, ausschließlich den Coitus interruptus als „ultima ratio" gewählt, und nun stellten sich wieder sämtliche geschilderten Krankheitserscheinungen von Seiten des Magens ein, zu denen zeitweise heftiges, quälendes Erbrechen, häufig mit sauren Massen, hinzukam. So war während eines Anfalls das Erbrechen so frequent und quälend, daß man tatsächlich an eine Vergiftung denken mußte; es konnte aber jede bezügliche Eventualität, selbst jeglicher Diätfehler mit Sicherheit ausgeschlossen werden. In den Zwischenpausen zwischen den Anfällen von Erbrechen klagte der Patient über hochgradige Übelkeit sowie über unerträgliche Kopfschmerzen und hochgradige Zerschlagenheit. Einmal stellte sich, nachdem das Erbrechen 2 Tage lang angehalten hatte, außerordentliche Depression des Gemüts ein. Im Mageninhalt konnte gesteigerte Sekretion von Salzsäure konstatiert werden. Der Anfall dauerte 3 Tage, ohne daß er durch die in solchen Fällen üblichen therapeutischen Maßnahmen beeinflußt werden konnte. Nur durch subkutane Morphiuminjektion konnte der Patient für einige Stunden beruhigt werden. Nach dem geschilderten Anfall hat sich derselbe noch zweimal wiederholt, und zwar stets, wie der Patient selbst beobachtete, nach einigen Fällen von Coitus interruptus.

Solche Anfälle wurden auch bei anderen Personen bei außerordentlicher geistiger Überanstrengung und psychischer Erregung beobachtet und von Roßbach unter der Bezeichnung „Gastroxynsis nervosa" beschrieben.

Von Seiten des Darmkanals habe ich bei solchen Kranken Gur-

ren und Plätschern im Abdomen bei normaler Magenfunktion beobachtet. Diese Erscheinung wird auch bei Onanisten beobachtet, wobei das Gurrenbis weilen so laut ist, daß man es vom nächsten Zimmer aus hören kann. Diese unangenehme Erscheinung, durch welche die Patienten sich in hohem Grade geniert fühlen, veranlaßt sie, sich wegen Magen-Darmkatarrh behandeln zu lassen, natürlich ohne Erfolg. Diese Erscheinung wird durch gesteigerte Darmperistaltik und durch stärkere Gasbildung hervorgerufen. Kußmaul erklärt dieselbe durch spontane Kontraktion der Bauchpresse[6]).

In anderen Fällen klagen die Patienten über Durchfälle, die gewöhnlich unmittelbar nach dem unregelmäßigen Coitus auftreten. Andererseits wurde Neigung zu Obstirpationen konstatiert, was dadurch erklärt werden kann, daß die motorische und sekretorische Funktion der Darmnerven bisweilen eine Herabsetzung (Darmatonie), während sie bei Diarrhoe im Gegenteil eine Steigerung erfährt. Das ist die Folge eines reflektorischen Einflusses von Seiten der Geschlechtsorgane (was übrigens bei sämtlichen Frauenkrankheiten beobachtet wird) oder einer Irritation des Rückenmarks. Schließlich kommen heftigste Anfälle von Darmkolik vor. Meistenteils klagen die Patienten über Schmerzen in der Nabelgegend, aber die Schmerzen können sich von hier aus nach sämtlichen Seiten hin ausdehnen, bald nach dem Rücken, bald nach den Oberschenkeln ausstrahlend. Das Abdomen ist dabei sehr gespannt und aufgetrieben. Alle diese Erscheinungen können Peritonitis simulieren, welche letztere jedoch mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, weil die Temperatur auch nicht die geringste Steigerung aufweist. Wie heftig die Schmerzen bei Darmkolik bei Personen sein können, die an sexueller Neurasthenie leiden, kann aus dem nächstfolgenden Falle ersehen werden.

3. Fall. Frau S., 32 Jahre alt, hat 5 Kinder. Die Geburten folgten in Abständen von $1-1^1/_2$ Jahren auf einander. Die Patientin klagt darüber, daß sie durch die Kinder sehr entkräftet ist, da sie seit ihrer vor 9 Jahren erfolgten Verheiratung weder am Tage noch des Nachts Ruhe habe. Sie müsse, sagte sie, gestehen, daß sie und ihr Ehemann bestrebt sind, mit allen möglichen Mitteln einer Schwangerschaft vorzubeugen. Nachdem sie bereits mehrere bekannte antikonzeptionelle Mittel ohne Erfolg erprobt haben, sind sie beim Coitus interruptus geblieben. Auf den Mann wirkte dies nicht besonders stark; die Frau aber fühle sich in der letzten Zeit besonders nervös und ermüdet. Es stellen sich häufig unbestimmte Schmerzen im Ab-

domen ein, die von der einen Stelle auf die andere übergehen. Die Schmerzen sind von verschiedener Intensität, jedoch nie so heftig wie beim letzten Anfall gewesen. Der Appetit ist während der ganzen Zeit etwas herabgesetzt. Die übrigen Funktionen des Magen-Darmkanals sind jedoch vollständig normal.

Beim letzten Anfall von Darmkolik fand ich die Patientin in außerordentlich schwerem Zustande; sie lag zusammengekauert mit an das Abdomen herangezogenen Beinen und stöhnte laut. Das Gesicht war blaß, mit kaltem Schweiß bedeckt. Puls 100, gespannt. Zeitweise Singultus. Die Patientin klagt über heftige schneidende Schmerzen in der Nabelgegend, die sich von hier aus nach der linken Nierengegend und in der Richtung nach unten bis zur Symphyse ausbreiteten. Das Abdomen war gespannt, hart und bei Berührung außerordentlich schmerzhaft. Es bestand häufiger und schmerzhafter Harndrang; der Harn war jedoch klar, durchsichtig und zeigte keinen Niederschlag. Herzklopfen; psychische Depression. Die objektive Untersuchung ergab: Temperatur normal; von Seiten des Herzens und der Lungen nichts abnormes; Zunge nicht belegt. 1 Stunde vor dem Anfall normaler Stuhl; Gase gehen frei ab. Die Untersuchung der Genitalorgane ergab: außerordentliche Hyperästhesie des Uterus und der Ovarien, was ich bei dieser Patientin früher niemals beobachtet habe. Andere Abweichungen von der Norm waren nicht vorhanden. In Anbetracht des plötzlichen Schmerzanfalls, des Ausstrahlens der Schmerzen nach der Nierengegend und der Strangurie wurde Nierenkolik vermutet, jedoch ergab die nach dem Anfall (die Schmerzen wurden durch Injektion von Morphium und durch heisse Umschläge beruhigt) vorgenommene Durchseihung des Harns durch eine Leinewand weder Steinchen noch Harngries. Desgleichen ergab die Untersuchung des Harns auf Eiweiß und Zucker ein vollständig negatives Resultat. Ein Diätfehler hat gleichfalls vor dem Anfall nicht stattgefunden, und so sprach alles für einen Anfall von Darmkolik (Enteralgie, wahrscheinlich reflektorischen Charakters von Seiten der Genitalorgane, die durch den unregelmäßigen Coitus gereizt waren). Wenigstens waren andere ätiologische Ursachen bei der Patientin, die ich mehrere Jahre kannte, für diesen Anfall nicht zu eruieren.

Am folgenden Tage wiederholte sich der Anfall wieder, jedoch in schwächerem Grade. Die wiederholte Untersuchung des Harns ergab wiederum ein negatives Resultat. Desgleichen konnte bei der Untersuchung „per vaginam" irgend eine Erkrankung der Genitalorgan

nicht konstatiert werden; nur fiel, wie gesagt, hochgradige Empfindlichkeit dieser Organe, namentlich des nicht vergrößerten Uterus auf.

Bei anderen Kranken, die den Coitus interruptus anwenden, beobachtete ich Steigerung der Hämorrhoidalsymptome. Bei manchen war der Schmerz hauptsächlich in der Gegend des Wurmfortsatzes (im Mac Burney'schen Punkte) lokalisiert und täuschte Appendizitis vor, welche Diagnose jedoch verworfen werden mußte, da jegliche Symptome von Appendizitis sonst fehlten und die weitere Beobachtung des Patienten gar keine Anhaltspunkte dafür ergab.

Von Seiten der Atmungsorgane konnte ich bei den in Rede stehenden Kranken Zunahme des chronischen Schnupfens konstatieren, welche Erscheinung die Patienten hauptsächlich am Morgen nach in der vorangegangenen Nacht ausgeführtem Exzesse in venere bemerken: die Nase war noch mehr verstopft als gewöhnlich, so daß die Patienten durch den Mund atmen mußten; es stellten sich Anfälle häufigen Niesens ein, was die Patienten außerordentlich quälte, weil sie wegen dieser unangenehmen Coinzidenz für einige Zeit ihre Beschäftigung unterbrechen mußten. Manche Patienten hatten 30—40 Anfälle in der Stunde. Nach diesen Anfällen ließen sämtliche Erscheinungen nach, so daß von einer Exazerbation des Schnupfens nicht die Rede sein konnte. Daß es zwischen der Nase und den Genitalorganen einen Zusammenhang gibt, ist bereits seit jeher bekannt, so daß man in diesem Falle wohl mit Fug und Recht an einen reflektorischen Einfluß von Seiten dieser letzteren denken kann.

Bei anderen Patienten war eine Hyperästhesie des Kehlkopfs vorhanden, welche sich im Gefühl von Kitzeln oder Brennen, „als ob etwas im Halse gelegen hätte", dokumentierte. Manche beschreiben dieses Gefühl als Kratzen, Stechen oder anderweitige Parästhesien. Die Patienten fürchteten, an Kehlkopfschwindsucht zu leiden; in der Tat aber waren weder von Seiten des Kehlkopfs noch von Seiten der Lunge irgend welche verdächtige Erscheinungen vorhanden. Fränkel hat gleichfalls bei manchen Neurasthenikern solche Symptome beobachtet. Bei seinen Patienten ging es so weit, daß sie stets in Flüsterton sprachen, wobei die laryngoskopische Untersuchung vollständig negative Resultate ergab. Derselbe Autor fand bei der Untersuchung die von Valleix am Halse in der Gegend des Kehlkopfs beschriebenen Schmerzpunkte. Die Krankheit verschwand nach Bepinselung des Kehlkopfs mit Cocain oder einer Lösung von Bromkali

in Glyzerin, sowie nach Einatmung von Brompräparaten oder Morphiumlösungen.

Schließlich habe ich bei manchen Personen, namentlich bei Frauen, einen besonderen Husten von eigenartiger Klangfarbe beobachtet; der Husten hatte bald bellenden, bald pfeifenden Charakter, war außerordentlich klangvoll und hartnäckig, dauerte bisweilen monatelang an und ließ sich durch Narkotika fast garnicht beeinflussen. Irgend welche Affektionen des Respirationstraktus entzündlicher Natur konnten nicht konstatiert werden. Expektoration war nicht vorhanden. Wahrscheinlich lag sogenannter nervöser Husten (Tussis nervosa s. laryngea) vor. Von Seiten des Herzens klagten die Patienten über Anfälle von Herzklopfen, die bisweilen mit dem Gefühl von Brustbeklemmung, Erstickungsangst und Präcordialangst einherging. Bisweilen wurde verschärftes Atmen beobachtet; auch klagten die Patienten bisweilen über Ohrensausen und Augenflimmern. Es kommen in solchen Fällen auch Schmerzen von verschiedener Intensität in der Herzgegend vor, welche nach oben und unten, wie bei echter „Angina pectoris" ausstrahlen. Alle diese Erscheinungen nahmen hauptsächlich an den Tagen zu, die auf Exzesse folgten, hielten eber nicht lange an. Der Puls zählte während des Anfalls 100 und darüber, war aber meistenteils regelmäßig. Irgend welche Veränderungen von Seiten der Herzklappen konnten nicht nachgewiesen werden. Nach der Ansicht von Mering führen Exzesse in venere besonders häufig zur Entwicklung der sogenannten kordialen Form der Neurasthenie.

Bisweilen halten die im Vorstehenden geschilderten Erscheinungen mehr oder minder lange an und können echte „Angina pectoris" vortäuschen, von welcher letzteren die in Rede stehende kordiale Neurose sich durch ihren leichteren Charakter und ihre geringere Dauer auszeichnet (Pseudoangina pectorialis). Häufig wird bei solchen Patienten abwechselndes Auftreten von rascheren und langsameren Herzschlägen beobachtet. Auch wurde, wenn auch sehr selten, echte Arhythmie beobachtet. Mering beobachtete bisweilen vorübergehende Herzerweiterung und überhaupt Schwankungen in den Dimensionen dieses Organs [7]).

Von Seiten der Blutgefäße wurde bei sexuellen Neurasthenikern bald Erweiterung, bald Verengerung derselben beobachtet, und zwar in Form von anfallsweise auftretendem Rot- und Blasswerden der Haut. Die Folgen dieser Erscheinung sind entweder Gefühl von Hitze oder

nervöser Schüttelfrost, sowie verschiedene Parästhesien in Form von Ameisenkriechen, stechenden Schmerzen usw.

Literatur.

3. Eichhorst: Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie. Bd. II, S. 226.
4. Kühnemann: Praktische Diagnostik, S. 186.
5. Eichhorst: Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie. Bd. II, S. 225.
6. Mering: Lehrbuch der inneren Krankheiten, S. 437.
7. Mering: do., S. 314.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

Kümmel: Zur Diagnose und Therapie der Nierentuberkulose. = Vortrag im Hamburger ärztlichen Verein am 6. XII. 04. = (Ref. in der „D. med. Woch.", No. 12, p. 485).

Kümmel hat in 58 Fällen von Nierentuberkulose operativ eingegriffen. Der Nachweis von Tuberkelbacillen im Urin gelang stets durch Zentrifugierung einer grösseren Urinmenge und Anfertigung zahlreicher Präparate. Zur Bestimmung der Funktionsfähigkeit der Niere ist stets der Ureterenkatheterismus, bei dessen Misslingen die Urinsegregation anzuwenden. Auf die ausgedehnte Resektion der erkrankten Ureteren verzichtete K. bei elenden Patienten, ohne davon Schaden gesehen zu haben. Von den 58 Patienten litten 5 an doppelseitiger Nierentuberkulose; von ihnen sind 4 gestorben. Im Anschluss an die Nephrektomie bei einseitiger Tuberkulose starben 6 Patienten. Von den übrigen leben noch 40; davon einer 16 Jahre nach der Operation.

Hans Schwerin-Berlin.

Paul Reiche: Ueber den Nachweis und die Bestimmung von Aceton und Acetessigsäure im Urin. (Inaugural-Dissertation. Leipzig 1904).

1. Die Probe von Denigès in der Ausarbeitung von Oppenheimer eignet sich wegen ihrer Eindeutigkeit und Einfachheit sehr gut für praktische Zwecke. Ihre Empfindlichkeit für den Nachweis von Aceton liegt bei einer Verdünnung von 1 : 50 000.

2. Die Messinger-Huppert'sche Methode gibt auch bei einfacher Destillation des sauren oder angesäuerten Harnes brauchbare Resultate. Höchster Fehler 4%.

3. Quantitative Bestimmung des Acetons mit dem Denigès'schen Reagens gibt bei Einhaltung gewisser Versuchsbedingungen gute Resultate (bei Anwendung des Faktors 0,048). Höchster Fehler 5%.

4. Für den Nachweis von Acetessigsäure im Harn ist die Eisenchloridreaction ungeeignet und statt ihrer die Reaktion mit verdünnter Diazoacetophenonlösung zu verwerten.

5. Die Vermutung Arnold's, daß nur eine Diaceturie, keine Acetonurie existiert, ist durchaus wahrscheinlich. M.

Cantas: Behandlung der essentiellen nächtlichen Harninkontinenz nach der epiduralen Methode. (La presse med. 1904, No. 79. Durch „Therap. Monatshefte" 1905, No. 7).

1. Von allen Methoden, die gegen die essentielle Harninkontinenz Anwendung finden, verdient unstreitig die Chatelin'sche Methode den Vorzug.

2. Sie empfiehlt sich nicht nur durch ihre vorzüglichen Resultate, sondern auch durch ihre Einfachheit und Unschädlichkeit.

3. Sie bringt nicht nur die nächtliche Harninkontinenz, sondern auch die Incontinentia diurna sowie die essentielle Pollakiurie zum Schwinden.

4. Große Injektionen (von 10 ccm. Flüssigkeit) sind den kleinen (5 ccm.) überlegen.

5. Bei gleicher Flüssigkeitsmenge sind Kokaininjectionen wirksamer, als solche von physiologischer Kochsalzlösung.

6. Es ist von Wichtigkeit, das Intervall zwischen 2 Injektionen möglichst zu verlängern, um einer gewissen Angewöhnung vorzubeugen. Die Resultate werden dann besser und man erreicht sie mit einem Minimum von Injektionen. M.

Paul Cohn: Eine primäre, nicht gonorrhoische Urethritis mit auffallend reichlichen Influenzabazillen. = Aus der Hautkrankenstation des Städt. Krankenhauses in Frankfurt a. M., Oberarzt Herxheimer. = (Deutsche med. Wochenschrift, 20. Juli 1905, XXXI, p. 1152—1154.)

Cohn berichtet über einen Fall von Urethritis non gonorrhoica (20 jähriger Schlosser; schleimig-glasiges Sekret, wie „zähes Sputum"; Ausbruch etwa eine halbe Woche nach Coitus) mit anschließender Epididymitis und Cystitis, in welchen sich bei mehrfacher mikroskopischer und cultureller Untersuchung (Prof. Neißer in Frankfurt) im Sekret neben Kapselbazillen reichliche Mengen von typischen Influenzabazillen vorhanden, hingegen keine Gonococcen. Der Fall kam während der 7wöchentlichen Behandlung nicht zur Heilung. Kurze Zeit später brach in Frankfurt eine Influenzaepidemie aus. A. Freudenberg-Berlin.

Dr. Feistmantel, Regimentsarzt in Budapest: Der persönliche Schutz vor geschlechtlicher Infektion. = Vortrag im „Offizier-Kasino" für Ärzte und Offiziere, 7. Mai 1905. = (Wiener Medizinische Wochenschrift 1905, Nr. 13 - 18.)

F. suchte in der sehr durchseuchten Budapester Garnison die zweckmäßigste Art der Prophylaxe zu ermitteln und zwar unter Berücksichtigung

der besondern und wechselnden Verhältnisse der Armee. Außer Instillation von 5% Albargin, wurde hauptsächlich benutzt eine Doppelpastille (Kalium permanganat und Kochsalz und saures schwefelsaures Kalium), gelöst auf 1 Liter Wasser, wovon 1 Injektionsspritze 3 Minuten in der Harnröhre gehalten wird, darauf wird das Glied 3 Minuten in der Lösung gebadet. Zur Waschung wurde auch $^1/_{1000}$ Sublimat verwendet, ebenfalls 3 Minuten lang, oder leichtes Abreiben mit darin getränktem Wattebausch. Von ca. 700 Mannschaften incl. Offizieren erhielt Gruppe I die Doppelpastillen zur Selbstverwendung, II mußte sie auf dem sog. Marode-Zimmer anwenden, während III 5% Albargin und 1 ‰ Sublimat anwandte. Die Versuche dauerten $^1/_2$ Jahr und während früher die Zahl der Erkrankten 57,6 p. M. betrug, sank sie auf 21,8, wobei aber noch zu berücksichtigen war, daß das nicht verhütete Drittel infiziert eingerückte Rekruten und einzelne Fälle von leichtsinniger Infektion betraf. Jedenfalls erkrankte Niemand, der rechtzeitig desinfiziert hatte. Bei einer IV. Gruppe (möglichst baldiges Urinieren und Waschen mit Seife) war kein Erfolg.

Nach Besprechung der Vor- und Nachteile der z. Zt. existierenden Apparate faßt F. bezüglich der Armee seine Resultate dahin zusammen:

1. Eindringliche und wiederholte Belehrung unter einem gewissen Zwang.

2. Die Desinfektion muß vor Ablauf von 3 Stunden geschehen; das sicherste Mittel ist Instillation von 1—2 Tropfen 5% Albargin; äusserlich 1 ‰ Sublimat.

Falls dem Manne die Desinfektion selbst überlassen werden muß: Injektion der Lösung mit Doppelpastillen, dann Waschung damit.

Für Offiziere sind folgende Einträufelungs-Apparate am meisten empfehlenswert: Blokusewski's Amicus mit 5—10% Albargin und 10% Glyzerin. (Der Amicus wird dem Samariter vorgezogen, weil letzterer nicht zum Nachfüllen ist.) Von Apparaten für Einzel-Gebrauch: Blokusewski's-Sanitas-Oliven und Viro-Tuben. Äußerlich: der diesen Apparaten beigegebene Formalin-Wachs-Waschseifen-Crême.

3. Einfaches Urinieren nach dem Beischlaf gewährleistet keinen Schutz.

Droste-Hönningen.

III. Besprechungen.

Prof. Dr. F. M. Oberländer und Prof. Dr. A. Kollmann: Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre und ihre Komplikationen. Teil II u. III. Mit 98 Abbildungen und 8 Tafeln. (Leipzig, 1905. Verlag von Georg Thieme).

Es ist das unbestreitbare Verdienst Oberländer's, die Pathologie und Therapie des chronischen Trippers auf eine pathologisch-anatomische Grund-

lage gestellt zu haben. Seine Arbeiten auf diesem Gebiete datieren seit dem Jahre 1887, in dem er in der „Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis" eine Reihe von Beiträgen zur Pathologie und Therapie des chronischen Trippers lieferte. Diese sind das Fundament des wissenschaftlichen Baues, den er unermüdlich weiter auszugestalten bestrebt war, anfangs in Gemeinschaft mit Prof. Neelsen, der die histologischen Veränderungen der chronisch entzündeten männlichen Harnröhre beschrieb, später mit Prof. Kollmann, an dem er einen treuen Mitarbeiter fand. In seinen ersten Arbeiten stellte Oberländer eine ganze Fülle neuer Krankheitstypen mit ebensovielen neuen Namen auf, die er in seiner „Chronischen Gonorrhoe der männlichen Harnröhre", (deren 1. Teil im Jahre 1901 erschienen ist,) wieder fallen ließ. Und in der Tat ließen sich die geschilderten Bilder als Krankheitstypen nicht aufrecht erhalten, da sie in den mannigfaltigsten Übergängen bei den chronischen Prozessen in der männlichen Harnröhre zur Beobachtung gelangen. Neben dem Ausbau der Pathologie war es in zweiter Linie die Diagnostik auf der Grundlage der Urethroskopie, welcher Oberländer die ihr gebührende Stellung geschaffen hat. Wer heute noch glaubt, ohne den umfassenden Gebrauch des Urethroskops, lediglich aus der mehr oder weniger starken Beimischung von Eiter zum Ausfluß, aus dem positiven oder negativen Gonokokken-Nachweis, mit der Knopfsonde und dem Urethrometer und aus der Beschaffenheit des Urines eine genaue Diagnose bezüglich des Sitzes der Erkrankung, ihrer Formen und bezüglich der Frage der Heilung oder Nichtheilung stellen zu können, der tastet nur allzuhäufig im Dunkeln und verzichtet auf die Erkenntnis, die ihm die Benutzung des Lichtes im doppelten Sinne des Wortes bei der Beantwortung so wichtiger Fragen zu geben vermag. Es ist, neben Nitze und Casper, Oberländer's Verdienst, immer wieder betont zu haben, daß die Beleuchtung kein Hilfsmittel zweiten, sondern ersten Ranges ist und in solchen Fragen, in denen die anderen Untersuchungsmethoden keine befriedigende Antwort zu geben vermögen, von aufklärender und entscheidender Bedeutung sein kann. Während der erste Band sich lediglich mit der Anatomie und der Diagnostik der „Urethritis gonorrhoica chronica" — unter besonderer Berücksichtigung der Urethroskopie — beschäftigte, ist der in diesem Jahre erschienene 2. und 3. Teil vornehmlich der Therapie gewidmet, und, was gleich zu betonen ist, in erster Linie der spezifisch Oberländer'schen Therapie, der Behandlung der chronischen Gonorrhoe durch die Dilatationsmethode. Nach einleitenden Bemerkungen über die Ansichten, die vor der Entdeckung des Gonokokkus über die chronische Gonorrhoe herrschten, ihre Verbreitung, Literatur, die Heilresultate, die Wichtigkeit einer genauen Diagnose und der Urethroskopie im Besonderen, über die Asepsis usw., bespricht Verfasser zunächst die Mikroorganismen und die Bakteriurie, sowie die progressive Entwicklung und Rückbildung der „Urethritis gonorrhoica chronica". Näher verweilen müssen wir bei dem nächsten Kapitel, in dem er sich über die Wirkungsweise der Dilatation verbreitet. Hier ist hervorzuheben, daß O. den früher eingenommenen Standpunkt, die Dehnungen bei tieferen Infiltraten soweit fortzusetzen, bis Risse in ihnen entstehen, die durch reaktive Entzündung eine eitrige Entschmalzung und Resorption der Infiltrate herbeiführen sollen, wesentlich mildert, während er früher empfahl, dreist

oft und kräftig zu dilatieren, wenn die Dehnungen ohne Blutungen und ohne jeden nachträglichen Schmerz vertragen werden, spricht er jetzt nur noch von Kontinuitätstrennungen, ja er bemüht sich überall hervorzuheben, daß die instrumentelle Behandlung nicht forciert werden soll und daß gewaltsame Dehnungen zu unterlassen sind. Und doch geht O. unseres Erachtens in der Empfehlung der Dehnungen noch viel zu weit und überschätzt ihren Wert und ihre Bedeutung gegenüber der viel schonenderen Sondenbehandlung, ja er bleibt u. E. nicht ganz folgerichtig, wenn er die Wirkungsweise der Dehnungen nicht als eine rein mechanische, sondern als eine mehr dynamische, die vitalen Eigenschaften des pathologischen Gewebes verändernde aufgefaßt wissen will. Denn wenn er in der dynamischen Wirkung, d. h. in der durch innere Kraft sich äußernden (und um eine solche handelt es sich in der Tat) den Haupteffekt der Behandlung sieht, und nicht in der rein mechanischen, dann müssen in den meisten Fällen auch für ihn die Dilatatoren überflüssig sein. Sie sollten dann auch für ihn erst in Betracht kommen, wenn die Sondenbehandlung wegen zu engen Orificiums und namentlich wegen zu weiten Kalibers der Harnröhre nicht durchgeführt werden kann. Lehren doch die Erfahrungen, daß man mit Sonden mindestens dieselben Resultate erzielen kann wie mit Dilatatoren. Selbst tiefe Infiltrate, ja ausgebildete Strikturen können durch Sonden erweicht und zur Rückbildung gebracht werden, und zwar ohne starken Druck, ohne kräftige Dehnungen, innerhalb physiologischer Grenzen. Um wie viel mehr die oberflächlicheren, kleineren Infiltrate! So glaube ich denn, die vielen zwei-, drei-, vier-, ja achtteiligen Dilatatoren, die von Oberländer in einem besonderen Kapitel eingehend beschrieben werden, zum größeren Teil als überflüssig bezeichnen zu können und in der Tat scheint mir die Ära der Dilatationsbehandlung mit ihren zahlreichen Auswüchsen bereits vorüber zu sein und die alte Sondenbehandlung ihre Rechte wiederzugewinnen. In den von mir angegebenen Spülsonden glaube ich ein allen Anforderungen entsprechendes Instrument zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe geschaffen zu haben. Die meisten Dilatatoren dürften bald nur noch ein historisches Interesse beanspruchen. Die weiteren Kapitel beschäftigen sich mit Kathetern, Spülern und Sonden, mit der Asepsis und Antisepsis, der Einführung der Instrumente und den Spülungen. Ein besonderer Anhang behandelt die Photographie des Harnröhreninnern (von Kollmann). Diesem Abschnitt sind sehr gute farbige Bilder und namentlich vorzügliche Photogramme beigegeben. Im dritten Teile des Werkes werden die allgemeinen Grundsätze der Dilatationsbehandlung besprochen, speziell bei den weichen Infiltraten, den Infiltraten geringeren, mittleren und stärksten Grades, den Strikturen. Endlich werden die Behandlung der „Urethritis papillomatosa", die „Prostatitis chronica" und die übrigen Komplikationen eingehend gewürdigt.

Aus dem reichen Inhalt des Buches wird auch derjenige, der nicht nur die persönlichen Ansichten der Verfasser kennen zu lernen wünscht, eine Fülle von Belehrungen und Anregungen schöpfen können.

A. Strauß-Barmen.

SANATOGEN

wirksamstes Kräftigungsmittel
und
zuverlässiges Nerventonicum

Indiciert bei

Sexual-Neurasthenie

Impotenz, Syphilis und Quecksilber-Kachexien
sowie Erschöpfungszuständen aller Art.

Den Herren Aerzten Literatur und Proben gratis und franco
von **BAUER & Cie.**, Sanatogenwerke, **Berlin SW. 48.**

Unguentum Heyden

Salbe aus **Calomelol** zu **antisyphilitischen** Schmierkuren *(Neisser)*. Nicht färbend, nicht beschmutzend. Leicht einreibbar (höchstens 15 Min.). Einzeldosis 6 g.

In graduierten Schieberöhren zu 60 und 30 g; letztere entsprechen dem üblichen Turnus von 5 Einreibungen. Verordnung in Einzelpackungen wegen Subtilität der Salbe zu vermeiden.

Calomelol

(Kolloidales Kalomel.) Ersatz für Kalomel als innerliches **Antisyphilitikum** in Tabletten zu 0,01 g, als Streupulver auf **Schanker, syphilitische Geschwüre.** Weniger giftig als Kalomel.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Fersan

(Jolles)

Eisen- und phosphorhaltiges Nähr- und Kräftigungsmittel.

Fersan in Pulverform.
Fersan in Pastillenform.

Jod-Fersan-Pastillen für Erwachsene
(in Original-Kartons zu 100 Stück).
Kal. jod. 0.05, Fersan 0.2.
D. S. 2mal tägl. je 3—6 Pastillen, je nach der Indikation.

Jod-Fersan-Schokolade-Kinder-Pastillen
(in Original-Kartons zu 50 Stück).
D. S. 2mal täglich je 2—4 Pastillen.

Fersanwerk Wien IX
Berggasse 17.

Erhältlich in allen Apotheken.

Den Herren Ärzten Literatur und Proben gratis und franko!

Novargan Reizlosestes Antigonorrhoikum unter den **Silberpräparaten.** Ueberlegene keimtötende Wirkung. Für Injektionen, 0,25—1% ige Lösung. — In **frischen Fällen** (zur Abortivbehandlung 1—3% ige Lösung (10 cm³) zu Injektionen oder 15% ige Lösung (0,5 cm³) zu Instillationen. — Lösung **kalt** bereiten; darf für Blasenspülung auf 40° erwärmt werden.

Xeroform **Bester Ersatz für Jodoform.** Eminent austrocknend, ungiftig, nicht reizend. Desodorisiert selbst jauchige Sekrete. **Spezifikum bei nässenden Ekzemen, Intertrigo, Ulcus cruris, Verbrennungen.**

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Sapolentum Hydrarg. Görner

zur farblosen Quecksilber-Schmierkur

Bewährter Fortschritt!

ist in Gelatinekapseln dispensierte 33⅓% Quecksilbersalbe löst sich in Wasser.
Der Körperteil ist nach der Bearbeitung

farblos, sauber und geruchlos.

Hauptvorzüge gegen Unguentum cinereum:
Unveränderliche Haltbarkeit und **Kontrolle** des **Masseurs.**
Ambulante Behandlung ohne Berufsstörung des Patienten.
Zuverlässige Wirkung, welche von Dr. Max Josef klinisch erprobt, in wissenschaftlichen Arbeiten besprochen und von Dr. A. Blaschko und vielen anderen Autoritäten lobend anerkannt ist.
(Derm. Centralbl. 1898 No. 6. Dtsch. Ärzte-Ztg. 1900 H. 8 und 1901 H. 2. Berl. klin. Wochenschr. 1900 No. 51 und 52. Lehrbuch d. Geschlechtskrankheiten, Dr. Max Joseph, III. Aufl. 1901).
Preis für 1 Schachtel mit je 10 Kapseln: à 3 gr. — 1.50, à 4 gr. — 1.75, à 5 gr. = 2 M., wie ungt. ciner. in Papier.
Zu beziehen durch alle Apotheken oder direkt von

Görner, Hofapotheker, **Berlin W.,** Ansbacherstr. 8.

Kein Vehikel befördert die Resorption wie **VASOGEN**

Jod-Vasogen 6% u. 10%.	**Hg.-Vasogen-Salbe** 33⅓% u. 50%.
Innerlich und äußerlich an Stelle von Jodkali und Jodtinktur. Schnelle Resorption, energische Wirkung; keine Nebenwirkungen; keine Reizung und Färbung der Haut.	enthält das Hg. in feinster Verteilung, wird schnell und vollkommen resorbiert, daher kein Beschmutzen der Wäsche, unbegrenzt haltbar und billiger als Ung. ciner.
30 gr. Mk. 1.—, 100 gr. Mk. 2.50.	In Gelat.-Kaps. à 3, 4 u. 5 gr.

Da wertlose Nachahmungen vorhanden, bitten wir, stets unsere Original-Packung („Pearson") zu ordinieren.

Vasogenfabrik Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg.

Anthrasol.

Gereinigter, farbloser Teer.

Anthrasol ist ein leichtflüßiges, hellgelbes Öl mit spezifischem Teergeruch, wird schnell resorbiert und besitzt größere Tiefenwirkung als gewöhnlicher Teer. Anwendung: wie Steinkohlenteer bei Ekzem, Pruritus, Lichen, Scabies usw.

Literatur und Muster zu Diensten.

Knoll & Co., chemische Fabrik, Ludwigshafen a. Rh.

Deutsches Reichspatent.
Prompt wirkende Salicyl- u. Salicyl-Ester-Seifen.

Rheumasan
Tube M. 2,—. Topf M. 1,25.
Rheumatismus, Gicht, Ischias, Migräne, Pleuritis, Influenza, Tylosis.

Ester-Dermasan
Tube M. 2,50. Topf M. 1,50.
desgl. bei hartnäckigen Fällen; ferner bei Psoriasis und Pityriasis.

Ester-Dermasan-Vaginal-Kapseln
Schachtel mit 10 Stück M. 2,—.
Parametritis, Perimetritis, Oophoritis.

Chemische Werke Fritz Friedlaender, G. m. b. H., Berlin W. 64. Literatur und Proben kostenlos.

Ein süddeutscher bekannter Bezirksarzt äußert sich über die
Kaiser Friedrich Quelle
Offenbach a. Ma'n
„Das Wasser bekommt dem Magen vorzüglich und schmeckt wie jetzt bei mir seit 6 Jahren immer gleich gut.
Nach der Zusammenstellung von Pfeiffer hat es ja bekanntlich unter allen **gegen Gicht** *gebrauchten Wassern den geringsten Kalkgehalt."*

Medizinische Novitäten,
die in ärztlichen Kreisen Aufsehen erregten und von der gesamten Fachpresse eingehend beurteilt wurden:

Darf der Arzt zum ausserehelichen Geschlechtsverkehr raten? Von Dr. med. **Max Marcuse,** Spezialarzt für Dermatologie in **Berlin.** Preis **M. 1.50.**

Die gesundheitlichen Gefahren geschlechtlicher Enthaltsamkeit. Dargestellt von Dr. med. **Wilhelm Hammer,** approb. Arzt in **Berlin.** Mit zwei Abbildungen. Preis **80 Pf.**

Die männlichen Geschlechtskrankheiten. Von **Dr. med. Robert Lucke**-Magdeburg, Spezialarzt für Blasen- und Harnkrankheiten. Preis 75 Pf.

Der Schmerz, ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel. Eine Schmerz-Theorie. Von **Ad. Alf. Michaelis.** Preis Mk. 3.—. (= Ein derartiges Werk existierte bisher **nicht!** =)

Verlag der Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.
W. Malende in Leipzig.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Mitinum purum.

Eine überfettete
Emulsion mit hohem Gehalt
an serumartiger Flüssigkeit.

Basis
für

Salben u. Pasten.

Dr. Jessner's Mitin-präparate

Fabrikanten:
Chemische Fabrik
Krewel & Co.
G. m. b. H.
Cöln a. Rh.

Literatur
und Proben auf
Wunsch.

Mitinum cosmeticum
(Mitincream)

Geschmeidig, spielend leicht in die Haut eindringend, fein parfümiert. Zur Einfettung und Reinigung der Haut. Vorzügliches Kühlmittel.

Kassenpackung:
Büchse à 25 Gramm:
25 Pfg.

Pasta Mitini
(Mitinpaste)

Beim Verstreichen hautfarbig. **Rein** statt Zinkpaste etc. bei allen leichten Entzündungsprozessen der Haut. Zum Schutze empfindlicher Hände. **Basis** für alle in Pastenform verordnete Medikamente.

Kassenpackung:
Büchse à 20 Gramm
25 Pfg.

Mitinum mercuriale
(Mitin Hydrargyrum)

33⅓% Hydrargyrum vivum.
Wenig färbend, in
5 Minuten zu verreiben.
Sehr wirksam.

Kassenpackung:
Glasröhre à 30 Gramm:
70 Pfg.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig. — Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—) Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 3I.

Heft 9. **September 1905.** Jahrgang II.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten:

1. *Dr. Artur Strauß-Barmen:* „Die Flasche „Simplex" zu Injektionen bei Gonorrhoe."
2. *Dr. M. A. Stern:* „Über sexuelle Neurasthenie". (Fortsetzung.)
3. *Dr. Max Marcuse-Berlin:* Noch einmal: „Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechtsverkehr raten?"
4. *Dr. med. Wilhelm-Hammer-Berlin:* „Zu den Ausführungen des Herrn Dr. Freiherrn von Notthafft-München." (Wird erst im nächsten Heft erscheinen!)

II. Referate:

1. *Moszkowicz und Stegmann:* „Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen."
2. *Rebentisch:* „Die radikale Heilung der durch Prostatahypertrophie bedingten Harnverhaltung mittelst Prostatestomia suprapubica totalis."
3. *Völker, Lichtenberg:* „Die Gestalt der menschlichen Harnblase im Röntgenbilde."
4. *Nathan Jacobson-Syracuse N. Y.:* „Abdominal nephrectomy with illustrative cases."
5. *George Ryerson Fowler-Brooklyn:* „The technic of perineal prostatectomy."
6. *James Alexander Miller-New York:* „Nephritis complicating Mumps."
7. *Winfield Ayres-New York:* „Lavage of the renal pelves in the treatment of Bright's disease."
8. *Hermann G. Klotz-New York:* „Intramuscular injections of insoluble preparations of mercury in syphilis."
9. *Jacob Sobel-New York:* „A case of syphilitic pseudoparalysis."
10. *John Funke-Philadelphia:* „Syphilis of the liver, sclerogummatoces type."

11. *C. Fraenkel:* „Über das Vorkommen der Spirochaete pallida bei Syphilis."
12. *Bandi und Simonelli:* „Über Spirochaete pallida in sekundär syphilitischen Manifestationen und über die zu ihrem Nachweis angewendeten Färbungsmethoden."
13. *Andrew H. Smith-New York:* „The prophylactic value of normal marriage."
14. *E. L. Keyes-New York:* „The need of sexual education."
15. *E. L. Keyes-New York:* „The sexual necessity."

III. **Besprechungen:**

1. *Jeßner:* „Die Syphilide."
2. *Jeßner:* „Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung."
3. *Wilhelm Fischer:* „Die Prostitution, ihre Geschichte und ihre Beziehungen zum Verbrechen."
4. *Dr. Alfred Sterntha!:* „Männersittlichkeit und Frauengesundheit."

Die Flasche „Simplex" zu Injektionen bei Gonorrhoe.

Von Dr. **Artur Strauß-Barmen.**

Häufigen, von Kollegen und Apothekern mir geäußerten Wünschen Folge leistend, habe ich die Flasche Simplex wesentlich verbessert. Diese Flasche ist bekanntlich mit einem Glaseinsatz versehen, welcher gleichzeitig als ihr Verschluß sowie zur Aufbewahrung der im Einsatz hängenden Spritze und zur Füllung der jeweilig einzuspritzenden Menge dient. Spritze und Behälter sind also in der Flasche selbst untergebracht, daher bequem und unauffällig, auch in der Tasche, aufzubewahren. Die Spritze kommt nie mit der Stammlösung, sondern immer nur mit der jeweilig einzuspritzenden Menge, die man in den Glaseinsatz gießt, in Berührung. Außerdem bleibt die Spritze in diesem aseptisch, wenn man eine kleine, den konischen Ansatz bedeckende Menge der Lösung zurückläßt. Ein Mangel war es bisher, daß die Flaschen nicht die für den äußeren Gebrauch vorgeschriebene sechseckige Form mit drei gerifften Flächen hatten. Diesem Fehler ist nunmehr abgeholfen. Dabei haben sie ihre flache Form nicht eingebüßt; sie sind jetzt sogar noch handlicher geworden. Auch ihre Dichtigkeit ist jetzt eine tadellose. Der Glaseinsatz ist auf das sauberste geschliffen.

Jede Flasche ruht in einem Karton. Sie werden in 2 Größen, zu 200 und 100 g Inhalt, hergestellt. Die Fabrikation ist jetzt der renommierten Glaswarenfabrik von H. Lamprecht in Breitenstein im Harz übertragen, welche durch ihre überall gebrauchten patentierten Tropfgläser Weltruf sich erworben hat und für eine tadellose Fabrikation bürgt.

Die Kollegen werden sich nur den Dank ihrer Kranken erwerben, wenn sie ihnen auf den Rezepten durch den Zusatz „In Flasche Simplex" die Sauberkeit, Bequemlichkeit und Handlichkeit der Einspritzungen erleichtern und das Fordern der Tripperspritze ersparen. Der Kranke erhält dann ohne weiteres Verlangen alle zu den Einspritzungen notwendigen Utensilien zugleich mit der Lösung ausgehändigt.

Es ist ratsam, die Apotheker zu veranlassen, die Flasche stets vorrätig zu halten.

Ueber sexuelle Neusrathenie.

Von **Dr. M. A. Stern.**

(Fortsetzung.)

Von Seiten der Organe der Harnentleerung konnte bei meinen Patienten Empfindlichkeit der Harnröhre, hauptsächlich in der Gegend der „Glans penis" beobachtet werden. Bisweilen klagten die Patienten über Jucken, Hitze, Stechen, Brennen und selbst Schmerzen bei der Harnentleerung. Diese unangenehmen Sensationen hatten die Patienten hauptsächlich an dem dem Coitus interruptus folgenden Tage. In Verbindung mit dieser Reizung der Harnröhre oder Hyperästhesie der Harnblase steht auch der abnorm frequente Harndrang. Die Patienten sind genötigt, stündlich mehrere Male sich behufs Miction zurückzuziehen, was sie bei ihrer üblichen Beschäftigung außerordentlich behindert und noch mehr in der Gesellschaft geniert. Sie empfinden dabei auch Schmerzen in der Blasengegend und im Kreuz, was wahrscheinlich auf Reizung des „M. detrusor vesicae urinariae" zurückzuführen ist. Die tägliche Harnquantität war in der Mehrzahl der Fälle vergrößert, der Harn war hell, sein spezifisches Gewicht betrug 1008 bis 1010; die Reaktion war schwach sauer oder neutral. Niederschläge wurden nicht beobachtet, mit Ausnahme der ersten Harnportion, die unmittelbar nach dem unregelmäßigen Coitus entleert, und in der ein aus Samen und unbedeutender — wahrscheinlich aus der gereizten Harn-

röhre stammender — Schleimmenge bestehender Niederschlag beobachtet wurde. In einer anderen Reihe von Fällen klagten die Patienten über krampfartige Schmerzen vor der Harnentleerung. Sie gaben an, eine zeitlang drängen und warten zu müssen, bis sich schließlich der Harnstrahl zeigt, und dabei auch Jucken an der Harnröhrenöffnung zu verspüren. Ich erkläre diese Erscheinung durch Reizung des Blasensphinkters, teilweise auch durch gesteigerte Blutzufuhr in die Prostata, vielleicht auch durch partielle Hypertrophie der letzteren, was ich auch bei Onanisten nicht selten konstatieren konnte.

Andererseits kann die Neuralgie der Blase sich auch durch schmerzhafte Tenesmen und abnorm frequenten Harndrang äußern, wobei die gesamte Harnquantität auch nicht vergrößert sein kann.

Einen sehr interessanten Fall, aus dem hervorgeht, wie schwer die Harnentleerung bei den, Coitus interruptus ausübenden Personen gestört sein kann, beschreibt Finger[8]). Der betreffende Patient, der früher auch in Behandlung von Professor Tarnowski gestanden hatte, konnte, wenn sich Harndrang einstellte, den Harn nur unter hochgradiger Spannung der Bauchpresse entleeren, wobei der Harn stoßweise und in sehr dünnem Strahl abging. War aber eine fremde Person zugegen, so kam es zu einer Harnentleerung überhaupt nicht (vergl. auch meinen 4. Fall). Sobald sich bei diesem Patienten Erektion einstellte, trat zugleich auch Harndrang auf; der Harn, wenn die Harnblase welchen enthielt, ging aus dem gespannten Gliede in Form einer Fontaine unwillkürlich und unaufhaltsam so lange ab, bis die Blase vollständig geleert war. Finger vermutete bei diesem Patienten Striktur der Harnröhre, jedoch konnte durch die ausgeführte Untersuchung mittelst Sonde eine solche nicht nachgewiesen werden; wohl aber wurde Spasmus des äußeren Sphinkters, d. h. spastische Striktur im Moment der Harnentleerung konstatiert, sodaß hier augenscheinlich eine unregelmäßige Innervation des Sphinkters statt des Detrusors oder — neben einer solchen — des Detrusors vorgelegen hat. Der Patient versicherte, niemals tripperkrank gewesen zu sein, gestand aber, daß er den Coitus interruptus ausübe. Die Behandlung mit Massage und Psychrophoren führte zu fast vollständiger Genesung des Patienten.

Bisweilen wird bei diesen Kranken nervöse Dysurie (Kollmann) beobachtet, d. h. die Unmöglichkeit, die Blase infolge eintretender krampfhafter Contraction des Sphincters des Blasenhalses und der Harnröhre zu entleeren. Bei anderen Kranken wurde nervöse Oxalurie und Phosphaturie beobachtet[9]). Nach der Ansicht von Notthafft[10](

vermag der Coitus interruptus ebenso wie die Onanie eine nichtgonorrhoische Urethritis herbeizuführen, wobei im hinteren Abschnitt der Harnröhre, besonders am „Colliculus seminalis" entzündliche Erscheinungen auftreten. Natürlich kann man eine solche nichtgonorrhoische Urethritis nur bei Patienten konstatieren, die an gonorrhoischer Urethritis niemals gelitten haben.

Besonders zahlreiche Beschwerden vernahm ich, wie auch nicht anders zu erwarten war, über die Genitalorgane. Schon beim ersten Blick auf die äußeren Genitalien der Mutter fiel Welkheit und Schlaffheit des Gliedes, Verringerung des Umfangs und Weichheit der Hoden, sowie Abschwächung des Kremasterreflexes auf. Infolge häufiger Reizungen (die Individuen, welche den Coitus interruptus ausüben, erlangen eine Befriedigung nicht und üben infolgedessen den Coitus gewöhnlich häufiger aus), denen die Genitalorgane ausgesetzt werden, kommt eine übermäßige Erregung, dann aber eine Abschwächung der Funktion derselben zustande. Es stellen sich „Pollutiones nocturnae" ein, bisweilen sogar ohne erotische Traumvorstellungen, sodaß der Patient erst beim Erwachen die Wahrnehmung macht, daß er im Schlafe Samen verloren hat. Bei anderen kommt es auch am Tage, bei Druck der Beinkleider auf die Genitalorgane oder beim Drängen während der Defäkation, zu einem Samenerguß (sogenannter atonischer Erguß nach Rohleder). Man findet dann im Harn eine mehr oder minder große Quantität Samen in Form einer weißlichen fadenbindenden Flüssigkeit, während die mikroskopische Untersuchung Spermatozoen ergibt, die — wenn sie noch in frischem Zustande untersucht werden — sich im Gesichtsfeld bewegen und in ungeheurer Anzahl zu zählen sind. Wenn die Spermatorrhoe eine längere Zeit anhält, so findet man eine geringere Anzahl von Spermatozoen; letztere ändern dann ihre Form und erscheinen nicht vollständig entwickelt.

Manche Patienten klagen über eigentümliche Sensationen und Parästhesien in den Genitalorganen (diese Erscheinung ist von Krafft-Ebing unter der Bezeichnung „Eretismus genitalis" beschrieben worden). In den Hoden und im Samenstrang werden häufig Neuralgien beobachtet, die bald in Form eines dumpfen Druckes, bald in Form eines reißenden Schmerzes auftreten. Von hier aus breitet sich die Neuralgie auf den Damm und die Analgegend aus, in dieser letzteren unerträgliches Jucken erzeugend. Dieses Jucken kann, da gewöhnlich stark gekratzt wird, zur Ekzembildung führen. An der Glans penis tritt „Herpes progenitalis", und zwar bisweilen nach jedem Coitus, bei

anderen nach jeder Pollution auf, der von den Kranken nicht selten als „Ulcus molle“ gedeutet wird.

In anderen Fällen wird Prostatorrhoe beobachtet. Es entleert sich eine trübe, nicht dichte, milchfarbene Flüssigkeit, in der spezifische Kerne und Epithel der Prostata, Pigment, bisweilen auch Samenfäden gefunden werden; bisweilen kommt es sogar nur „Impotentia coeundi“. Die Prostata ist hyperästhetisch, und zwar entweder ganz oder nur in ihrem urethralen Teile; die Neurose der Prostata steht häufig im Zusammenhang mit Impotenz, Herabsetzung der Libido usw. Viele klagen über zu raschen Samenerguß, der bisweilen sogar vor der „Immissio penis“ stattfindet (sogenannte Ejaculatio praecox). Nach der Ansicht Rohleder's führt der Coitus interruptus am häufigsten psychische, seltener nervöse Impotenz herbei.

Alle diese Erscheinungen wirken natürlich deprimierend auf die Kranken, namentlich wenn es sich um ledige Personen handelt, was ich in besonders krasser Form in folgendem Falle beobachtet habe.

4. Fall. S., 20 Jahre alt, Einjährig-Freiwilliger. Der Patient hat vor einem Jahre eine schwere akute Gonorrhoe, dann akuten Gelenkrheumatismus, wahrscheinlich gleichfalls gonorrhoischen Ursprungs, überstanden. Der Patient ist damals ca. 3 Monate krank gewesen, hat aber hierauf sich einer regelmäßigen Lebensweise befleißigt, sich des geschlechtlichen Verkehrs, sowie des Alkoholgebrauchs enthalten, bis er einmal auf dem Lande mit einer Frau ein Verhältnis angeknüpft hat. Der Patient hat 3 Wochen lang Mißbrauch „in venere“ getrieben, indem er 2—3mal täglich den Coitus ausführte, aber nur den Coitus reservatus. Der Patient kam ganz erschrocken in die Sprechstunde und klagte, daß er an Spermatorrhoe leide (der Patient liest die Machwerke, welche in Form von populären medizinischen Schriften auf den Markt geworfen werden). Der Patient klagt ferner über Kopfschwindel, über Gefühl von Taubsein in den Gliedern, eine gewisse Spannung und Schmerzhaftigkeit in der Wirbelsäule, über Schmerzen im Kreuz, Schwäche in den unteren Extremitäten, schwankenden Gang (bei der Untersuchung stand jedoch der Patient fest mit geschlossenen Augen). Der Patient will Nachlassen des Gedächtnisses, Unmöglichkeit, sich über 10—15 Minuten lang auf etwas ernstem zu konzentrieren, wahrgenommen haben, so daß er sich genötigt sah, die Vorbereitungen zum Examen aufzugeben. Häufiger und beharrlicher Harndrang; während der Harnentleerung brennender Schmerz im Kanal. Außerdem bemerkt der Patient, daß er zeitweise lange warten und drängen müsse,

bis der Harn erscheint, was namentlich im Beisein von fremden Personen, selbst Kollegen, der Fall ist. Die Psyche ist so deprimiert, daß der Patient sich mit Selbstmordgedanken herumträgt.

Die Untersuchung ergab: Schlaffheit des Gliedes und der Hoden; Abschwächung des Kremasterreflexes, Steigerung der Knierefiexe; Puls 100 in der Minute, wenn auch von Seiten des Herzens nichts abnormes gefunden wurde. Harn trübe, läßt einen Niederschlag fallen, eiweiß- und zuckerfrei. Bei der Untersuchung per rectum erwies sich die Prostata als etwas vergrößert und schmerzhaft; bei Druck auf dieselbe zeigte sich an der Harnröhrenöffnung ein Tropfen milchigtrüber, schwach sauer reagierender Flüssigkeit von Spermageruch; jedoch hatte diese Flüssigkeit keineswegs das Aussehen von Sperma, und die spätere mikroskopische Untersuchung bestätigte auch tatsächlich, daß es kein Sperma gewesen ist. Augenscheinlich hatten wir es mit Prostatorrhoe zu tun.

Ich beruhigte den Patienten, riet ihm, keine populären medizinischen Bücher mehr zu lesen und verordnete innerlich Eisen mit Arsen in Pillen (Rp. Champhor. monobrom. 0,3, Lupulini, Ergotini ana 0,06 Extr. nuc. vom. 0,01). Außerdem wurde dem Patienten geraten, sich des geschlechtlichen Verkehrs vollständig zu enthalten und eine regelmäßige Lebensweise zu führen.

Nach Finger[11]) führt der Coitus interruptus successive und langsam zum Katarrh des „Colliculus seminalis", wobei zugleich die Erregbarkeit der cerebrospinalen Centren allmählich steigt, die dann successive in paralytische Schwäche übergeht. Zugleich mit der Affektion der cerebrospinalen Centren (Finger nimmt eine solche nur in seltenen Fällen an) leidet auch die Psyche. Die Patienten klagen über ein Gefühl von Ziehen und Ermüdung im Kreuz. Sehr häufig sind die Klagen über Störung der Harnentleerung (häufiger Harndrang etc.). Die Erektionen sind sehr schwach, während die Ejakulationen zu rasch bei halbgespanntem Gliede stattfinden; häufige Pollutionen (bisweilen bei schlaffem Gliede); die gewöhnlichen morgendlichen Erektionen hören auf; während der Defäkation entleert sich aus der Harnröhre eine spermaähnliche Flüssigkeit.

Finger berichtet, daß es sich bei der weiteren Feststellung der Anamnese solcher Patienten ergab, daß der Patient 8—12 Jahre verheiratet ist, 2 Kinder hat, die in den ersten Jahren nach der Verheiratung geboren wurden. Auf die Frage, weshalb keine Kinder mehr gekommen sind, antwortet der Patient gewöhnlich, daß er und seine

Frau es nicht wünschen, weil sie die Mittel zur Erziehung einer größeren Kinderschar nicht besitzen. Von diesem Wunsche ausgehend, habe er zum Coitus interruptus gegriffen.

Bei der Untersuchung des Harns solcher Kranken ergibt es sich, daß sie an Phosphaturie leiden: der Harn ist milchfarbig, hellt sich aber bei Zusatz von Essigsäure auf. Bei der Untersuchung mittelst Sonde findet man eine Steigerung der Sensibilität im vorderen Teil der Harnröhre; die Sonde gelangt mit Mühe durch die „Pars membranacea urethrae", weil sie reflektorisch contrahiert wird; eine besonders starke Parästhesie wird jedoch in der „Pars prostatica urethrae" konstatiert. Beim Endoskopieren fand Finger die Schleimhaut der Pars prostatica urethra aufgelockert und dunkelrot gefärbt und den „Colliculus seminalis" vergrößert.

Bei Frauen hatte ich mehrfach Gelegenheit, hochgradige Parästhesie der Genitalorgane zu konstatieren, die im allgemeinen nichts pathologisches darboten, so z. Z. bei der Patientin sub 3. Schaeffer bringt folgende Krankheitserscheinungen mit dem Coitus interruptus in ätiologischen Zusammenhang: Pruritus der äußeren Genitalorgane (Prurus vitulvae), Krampf der Muskulatur des Becknbeodens (Vaginismus) und Dysmenorrhoe, da die in Rede stehende Abweichung vom normalen Geschlechtsakt infolge vasomotorischer Störungen der Innervation eine gesteigerte Blutzufuhr bewirkt [12]). Diese wiederholten Hyperämien bewirken eine gesteigerte Sekretion von Schleim, der einen günstigen Boden für die Entwicklung der Bakterienflora abgibt. Klagen über Pruritus vaginae habe ich gerade von solchen Frauen häufig zu kören Gelegenheit gehabt.

Professor Chrobak sagt über den abnormen geschlechtlichen Verkehr und über dessen Einfluss auf die weibliche Genitalsphäre: „Das schädlichste antikonzeptionelle Mittel ist die Unterbrechuug des Coitus vor dem Samenerguß, der sogenannte Coitus interruptus oder reservatus, er bringt dem Manne schweren Schaden, er schafft aber auch bei der Frau einen hyperämischen Zustand, der in der Ätiologie der chronischen Metritis eine große Rolle spielt; er ruft ferner die verschiedensten Störungen von Seiten des Nervenstammes hervor, und man kann ohne Übertreibung sagen, daß fast die Hälfte der Neurosen, die im geschlechtlichen Leben stehende Frauen betreffen, auf Rechnung dieses hyperämischen Zustandes gesetzt werden kann." [13])

In anderen Fällen haben wir Verschlimmerung bereits früher vor-

handen gewesener Erkrankungen der Geschlechtsorgane (Metritis, chronische Ovariitis) beobachtet.

5. Fall. Es handelt sich hier um die Frau des sub 2 geschilderten Patienten. Es ist eine junge Frau von 28 Jahren, hat bereits 3 Kinder geboren und ist bestrebt, mit allen Mitteln einer Schwangerschaft vorzubeugen. Sie hatte schon früher zu diesem Zwecke Scheidenirrigationen post coitum, Scheidenkügelchen mit Chinin etc. angewendet, aber ohne Erfolg, und infolgedessen ist sie mit ihrem Manne dahin übeingekommen, daß der Coitus interruptus geübt werden soll. Nachdem aber die Frau früher in geschlechtlicher Beziehung vollständig gesund gewesen ist und niemals an irgend welchen Krankheiten gelitten hat, hat die Patientin seit der Einführung des Coitus interruptus begonnen, an Anfällen von heftigem Kopfschwindel zu leiden, blaß zu werden und zeitweise hochgradige Schwäche zu verspüren. Vor der Periode stellten sich nun heftige Schmerzen im Abdomen und im Kreuz ein. Die Periode wurde sehr profus. Der Beginn der jeweiligen neuen Periode stellte sich in jedem Monat vorzeitig ein. Eine Untersuchung per vaginam gestattete die Patientin nicht.

Kelly-Rutherford[14]) weist in seinem „Können die Arzte etwas zur Verringerung der Frequenz der Karzinomerkrankungen des „Collum uteri „und der Sterblichkeit infolge dieser Affektion beitragen?" betitelten Aufsatz darauf hin, daß eine der Hauptursachen, welche die progressive Zunahme des Collumkarzinom bedingen, die Einführung von verschiedenen Präservativen in die Vagina beim Coitus ist.

Einen besonders seltenen Symptomenkomplex, der zweifellos mit dem abnormen geschlechtlichen Verkehr in Verbindung stand, habe ich im nächstfolgenden Falle beobachtet.

6. Fall. Frau N., 36 Jahre alt, hat einen erwachsenen Sohn und eine erwachsene Tochter. Sie ist eine vollständig gesunde Frau, hat aber trotzdem seit 14 Jahren keine Kinder mehr gehabt. Die Patientin klagt über heftige Schmerzen in der Steißbeingegend, die sich beim Gehen, beim Drängen, bei seelischen Erregungen steigern. Dieser Zustand hält schon länger als 12 Jahre an. Die von mir sowohl, wie auch von anderen Spezialärzten mehrfach ausgeführte Untersuchung der Geschlechtsorgane ergab weder Lageveränderung noch Entzündung derselben. Das Steißbein zeigte bei der Untersuchung „per vaginam et rektum" weder eine besondere Beweglichkeit, noch irgend welche andere pathologische Veränderungen (Verdickungen etc.). Es wird nur eine unbedeutende Erweiterung der Hämorrhoidalvenen konstatiert, die der

Patientin im allgemeinen jedoch keine Beschwerden machte. In der Anamnese weder Sturz noch Trauma. Man könnte die Coccygodymie auf den Einfluß des Geburtsaktes zurückführen; dagegen sprach aber der Umstand, daß die Erkrankung 3 Jahre nach der letzten Geburt eingetreten ist. Die Patientin klagte auch über Schmerzhaftigkeit in den Kniegelenken, trotzdem weder eine Schwellung noch irgend welche Erscheinungen von chronischem Rheumatismus konstatiert werden konnten. Die Patientin wurde mit Solbädern, Massage behandelt; sie war auch in Odessa, wo sie Limanbäder nahm. Zeitweise trat Besserung ein. Zu einer vollständigen dauernden Heilung kam es aber nicht.

Ich dachte an Neuralgie des „Plexus coccygeus", und daß diese Neuralgie durch den so viele Jahre geübten abnormen geschlechtlichen Verkehr bedingt ist, und riet, davon Abstand nehmen. Jedoch stehen bei solchen Patienten ökonomische und andere Erwägungen höher als der Wunsch, von der Krankheit befreit zu werden, um so mehr, als es schwer ist, mit absoluter Sicherheit zu behaupten, daß die betreffende Krankheitserscheinung zweifellos durch den Coitus reservatus bedingt ist. Allerdings habe ich bei der Patientin andere ätiologische Momente, welche die Coccygodymie erklären könnten, nicht zu eruieren vermocht. Wie gesagt, hat die Patientin auch an Schmerzanfällen in den Kniegelenken gelitten, die ich gleichfalls als solche neuralgischen Charakters deutete, eben weil ich Erscheinungen von chronischem Rheumatismus nicht fand. Diese Schmerzen traten anfallsweise auf und standen mit dem Witterungswechsel in keinem Zusammenhang. Um das Gelenk herum wurde Hyperästhesie beobachtet. Eine Schwellung war jedoch nicht vorhanden. Ruhelage bei gestreckter Extremität linderte den Schmerz, was bei Rheumatismus nicht der Fall ist: bei diesem letzteren sucht der Patient im Gegenteil das erkrankte Gelenk in Beugestellung zu halten.

Ebensolche artikuläre Neuralgien haben viele Autoren, darunter Eichhorst, Seligmüller u. a. bei Hysterie, Neurasthenie, heftigen seelischen Emotionen, bei Erkrankungen der Genitalorgane etc. konstatiert. Eichhorst fand bisweilen auch Schmerzpunkte, wie bei jeder anderen Neuralgie.

Coccygodymie hauptsächlich bei Frauen fand auch F. Kraus bei Neurasthenie.[15])

Von Seiten der Sinnesorgane bestanden häufig Beschwerden über Nachlassen des Gehörs, über Ohrensausen, wobei die otoskopische

Untersuchung nichts abnormes ergab. Andere Patienten klagten über Nachlassen des Gesichtsvermögens, über Augenschwäche und rasche Ermüdbarkeit der Augen (Asthenopie), selbst wenn sie nur eine kurze Zeit lasen. Bei manchen konnte man rasch vorübergehende konzentrische Verengerung des Gesichtsfeldes konstatieren. In einer anderen Reihe von Fällen klagten die Patienten über Abstumpfung des Geschmacks, über besondere Vorliebe für Gewürze (Pfeffer, Senf, Essig). Verschiedene Patienten klagten über Appetitmangel, während wiederum andere zeitweise einen wahren Wolfshunger hatten.

Auch abnorme Geruchsempfindungen wurden beobachtet. Über Steigerung des etwa bestehenden chronischen Schnupfens, über konvulsive Anfälle von unstillbarem Niesen habe ich bereits oben gesprochen.

Was die Haut betrifft, so klagten viele Patienten über Gefühl von besonderer Trockenheit der letzteren, namentlich an den Händen. Das Gefühl von Trockenheit an den Händen steigerte sich regelmäßig am Tage, der auf einen Coitus interruptus folgte. Dieses Gefühl soll nach der Angabe der Patienten höchst unerträglich sein; sie fühlen sich gezwungen, häufig die Hände mit Wasser zu befeuchten, und manche Patienten befeuchteten die Hände beispielsweise auf der Strasse, wo sie kein Wasser hatten, mit ihrem Speichel. Eine gleiche eigenartige Trockenheit und Rauheit wird an den Haaren des Kopfes, Bartes und Schnurrbartes beobachtet. Andere Patienten klagten im Gegenteil über mässiges Schwitzen, und zwar gleichfalls vornehmlich der Hände. Die Erkenntnis, daß es ihren Mitmenschen unangenehm sein müsse, eine Schweißhand zu drücken, veranlaßt derartige Patienten, sich die Hand mit dem Taschentuch abzureiben, bevor sie sie jemandem reichen. Aber gerade bei dieser ewigen Angst schwitzen die Hände erst recht, was auf einen zwischen dieser Erscheinung und dem Nervensystem bestehenden Zusammenhang hinweist. Infolge des übermässigen Schwitzens wurden die Hände rot, und bisweilen stellte sich in denselben ein unerträgliches Jucken ein, so daß die Patienten gezwungen waren, sich die Hände zu kratzen oder an irgend einem Gegenstande zu reiben. Sämtliche Patienten bestätigten, daß sie dieses Symptom seit der Zeit bemerkt haben, als sie begonnen haben, ein unregelmässiges geschlechtliches Leben zu führen. Bei verschiedenen Patienten stellte sich bisweilen Hautjucken ein, trotzdem die Körperhaut nirgends Eruptionen zeigte. Bei der einen Patientin habe ich das Auftreten eines hartnäckigen Ekzems an den oberen Extremitäten be-

obachtet; es war eine intelligente und beobachtungsfähige Dame, und diese bestätigte, daß zwischen diesem Ekzem und ihrem geschlechtlichen Leben ein zweifelloser Zusammenhang bestand. Besonders interessant ist ein Fall von „Psoriasis vulgaris" bei einem Patienten, die zweifellos mit der in Rede stehenden Anomalie in Zusammenhang stand. Diesen Fall habe ich im Jahre 1899 bereits ausführlich veröffentlicht [16]), und ich will mich an dieser Stelle nur auf eine kurze Wiedergabe beschränken.

7. Fall. H., 31 Jahre alt, seit ca. 2 Jahren verheiratet, hat ein gesundes Kind im Alter von 4 Monaten. Der Patient klagt über ein Exanthem, welches bei ihm vor ca. 8 Tagen aufgetreten ist und ihm nur unbedeutendes Jucken verursacht. Die Besichtigung ergab typische „Psoriasis vulgaris", die über den ganzen Körper, hauptsächlich an den Ellbogen und den Streckflächen der Vorderarme und der unteren Extremitäten zerstreut war. Nach der Abkratzung der Schuppchen bleibt rote Haut zurück, die fast überall über die Peripherie der einzelnen Eruptionen hinausgeht, wobei es zu der für die „Psoriasis vulgaris" so charakteristischen punktförmigen Blutung kommt; an den Ellbogen befinden sich kleine, etwas schmerzhafte Fissuren. Handteller und Fußsohlen sind exanthemfrei (im Gegensatz zur „Psoriasis syphilitica"). Vor dieser Erkrankung hat der Patient weder dieses, noch irgend ein anderes Hautexanthem jemals gehabt.

Trotz energischen Gebrauchs von Arsen und anderen inneren und äußeren Mitteln, die bei „Psoriasis vulgaris" angewendet werden, ließ das Exanthem fast gar nicht nach; auch Wannenbäder blieben ohne Wirkung. Ich habe dann — aus Rücksicht auf die Theorie des nervösen Ursprungs der Psoriasis — das Nervensystem des Patienten einer sorgfältigen Untersuchung unterzogen. Es ergab sich, daß der Patient sämtliche Symptome der sogenannten spinalen Irritation aufweist. Er klagt über leichten Kopfschmerz, der in der Stirngegend lokalisiert ist, dann über geringe Schmerzhaftigkeit, Gefühl von Druck und Wärme in der Wirbelsäule, namentlich in dem unteren Brust- und Lumbalteil derselben, ferner über ein Gefühl von Ziehen und Müdesein im Kreuz und Schwäche in den unteren Extremitäten. Der Patient will auch wahrgenommen haben, daß seine Aufmerksamkeit und sein Gedächtnis in der letzten Zeit gleichsam etwas nachgelassen haben. Seine gewöhnliche Arbeit strenge ihn jetzt mehr an als im ersten Jahre nach der Verheiratung. Ferner klagt der Patient über häufigen beharrlichen Harndrang, wobei die Entleerung der Harnblase

mit einem schmerzhaften Gefühl und Brennen in der Harnröhre einhergeht. Von Seiten der Genitalapparate gibt der Patient an, daß die Erektionen in der letzten Zeit etwas an Intensität abgenommen haben, während die Ejakulationen jetzt rascher stattfinden als zuvor.

Die objektive Untersuchung ergab: Die Organe der Brust- und Bauchhöhle sind vollständig normal, desgleichen Penis und Hoden. Von Seiten des Nervensystems besteht leichte Empfindlichkeit bei Druck auf die Wirbel, namentlich auf die unteren Brust- und Kreuzwirbel; die Kniereflexe sind etwas gesteigert, während der Kremasterreflex im Gegenteil etwas herabgesetzt ist. Von Seiten der Pupillen, der Temperatur, des Schmerz- und Tastsinnes sind irgend welche Veränderungen nicht vorhanden. Das Stehen und Gehen mit geschlossenen Augen ist sicher und frei. Harn blaß (Urina spastica s. nervosa); sonst von Seiten des Harns nichts abnormes.

Da der Patient Gonorrhoe und Syphilis negierte und auch objektive Anhaltspunkte für diese Krankheiten nicht vorhanden waren, so gestand der Patient auf weiteres Befragen, daß er, um nicht so schnell ein zweites Kind zu bekommen, den Coitus interruptus anwende. In der Jugend will der Patient etwas masturbiert haben. Es hat somit der Coitus interruptus, allerdings auf durch Masturbation vorbereitetem Boden, eine spinale Irritation hervorgerufen, deren Folge die Psoriasis vulgaris war. Die weitere Beobachtung bestätigte diese Annahme. Als ich dem Patienten eine zeitlang den Coitus vollständig verbot und dann ihn überredete, den Geschlechtsakt normal auszuführen, verschwanden allmählich die Erscheinungen der Neurasthenie und zugleich die psoriatischen Plaques. Die übermäßige Entwicklung der Eruption auf den Ellbogen wird dadurch erklärt, daß der Patient die Gewohnheit hatte zu lesen, indem er sich auf die Ellbogen stützte. Diesen Fall habe ich, wie oben bemerkt, im Jahre 1899 beschrieben. Seit dieser Zeit bin ich diesem Patienten mehrmals begegnet und habe von ihm erfahren, daß jedesmal nach mehr oder minder andauerndem abnormen geschlechtlichen Verkehr die Psoriasis wieder auftrete, wenn auch nicht in so starkem Grade wie das erste Mal; desgleichen trat jedesmal Besserung ein, wenn sich der Patient des Coitus interruptus enthielt.

Die Theorie des nervösen Ursprungs der Hautkrankheiten ist durch die Arbeiten von Bulkley und Polotebnow bestätigt worden. Einige Fälle von „Psoriasis squamosa", die nach übermäßiger Erregbarkeit des Zentralnervensystems und als Folge von psychischen Faktoren

entstanden ist, hat M. Kusnitzki[17]) beschrieben. Ferner hat Nikulin[18]) im Jahre 1897 in der Sitzung der Moskauer Gesellschaft für Venorologie und Dermatologie eine Patientin demonstriert, bei der nach einer heftigen nervösen Emotion ein psoriatisches Exanthem am ganzen Körper entstanden ist. Man kann somit annehmen, daß die bei meinen Patienten aufgetretene „Psoriasis squamosa" die Folge einer cerebrospinalen Neurasthenie gewesen ist.

Am allermeisten klagen die Patienten, die an sexueller Neurasthenie leiden, über Krankheitserscheinungen von Seiten des Nervensystems. Krafft-Ebing unterscheidet drei Stadien im Verlaufe der sexuellen Neurasthenie: 1. lokale Genitalneurose, 2. cerebrospinales Stadium und 3. allgemeine Neurose. Die Beschwerden der Patienten fallen in die Reihe der bereits schon längst beschriebenen Symptome der cerebrospinalen Neurasthenie als die Folge der „Irritatio spinalis", die, wie auch sämtliche Neurosen, weder im Rückenmark selbst, noch in dessen Hüllen irgend welche pathologische Veränderungen erzeugen. Nach der Ansicht einiger Autoren liegt die Ursache der Affektion in einer Hyperämie des Rückenmarks.

Das klinische Bild der cerebrospinalen Neurasthenie ist am meisten von Hammond erforscht. Dieser Autor betrachtet als ätiologische Momente, welche zu dieser Neurasthenie führen, Hysterie, Onanie, Abusus in venere usw. Die häufigste Erscheinung ist Schmerz in der Wirbelsäule, der in verschiedenen Teilen derselben, am häufigsten aber, wie aus meinen Beobachtungen hervorgeht, im Lumbalteil und unteren Brustteil lokalisiert ist. Dieser Schmerz nimmt bei Druck auf die Wirbel zu. Bei anderen tritt ein Gefühl von Kälte oder von Ameisenkriechen der Wirbelsäule entlang auf.

Je nachdem in welchem Teile des Rückenmarks die Irritation hauptsächlich lokalisiert ist, hat man es mit einem verschiedenen Komplex von Symptomen zu tun. Ist beispielsweise der Cerebrospinalteil des Rückenmarks affiziert, so klagen die Patienten über Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Schlaflosigkeit, bisweilen aber auch über Schläfrigkeit, über Übelkeit, Erbrechen usw. Die letzten drei Symptome traten besonders deutlich bei dem Patienten hervor, der sub 2 beschrieben ist. Die Kopfschmerzen stellen sich gewöhnlich beim Erwachen des Patienten ein, halten den ganzen Tag an, indem sie ein wenig nach dem Essen nachlassen, aber niemals in der Nacht, nicht einmal bei Schlaflosigkeit, auftreten. Dabei wird häufig Hyperästhesie des behaarten Kopfteiles konstatiert.

Wenn die Irritation im Brustteil des Rückenmarks am meisten ausgesprochen ist, so erhält man folgendes Bild: Herzklopfen, Arhythmie, nervöser Husten, Gastralgie (Fall 1), interkostale Neuralgie etc. Schließlich hören wir, wenn die Affektion hauptsächlich im Lumbalteil des Rückenmarks lokalisiert ist, Klagen über vermehrte Harnsekretion, über Schmerzen bei der Harnentleerung, über Hyperästhesie der Genitalorgane, Anomalien in der Funktion derselben, über Schmerzen dem Ischiadicus entlang, sowie über andere Neuralgien der unteren Extremitäten, über Kreuzschmerzen, über Schmerzen im Steißbein (Fall 6) usw.

Die Beschwerden der Patienten von Seiten des Nervensystems sind so mannigfaltig, daß wir sie am besten aus den nachfolgenden Fällen kennen lernen werden. Ich hatte hauptsächlich mit intelligenten Personen zu tun, die sich, wie die meisten Neurastheniker, aufmerksam beobachteten, bisweilen sogar ihre krankhaften Sensationen aufschrieben.

8. Fall. Der Patient ist 36 Jahre alt, hat 3 Kinder und ist im großen ganzen ein gesunder Mensch. Nach einem gegen Morgen ausgeführten Coitus interruptus fühlte er den ganzen Tag dumpfen Kopfschmerz, hauptsächlich in der Stirn- und Scheitelbeingegend, Unmöglichkeit, sich auf etwas ernstem zu konzentrieren, Zerstreutheit, Gefühl von Trockenheit im Gesicht. Bisweilen empfindet er unerträgliche Trockenheit in den Händen, so daß er sie häufig in Wasser tauchen muß, was aber nicht für lange wirkt. Der Patient klagt auch über Gefühl von Schwäche im ganzen Körper, hauptsächlich in den Extremitäten, über herabgesetzte Stabilität der unteren Extremitäten und über dumpfen Schmerz in der Wirbelsäule. Bei vielen Patienten, die längere Zeit den Coitus interruptus ausüben, bildet sich, wie ich bemerkt habe, der sogenannte Entengang aus. Der Schmerz in der Wirbelsäule sowie das Schwächegefühl, welches bisweilen so groß ist, daß der Patient nicht imstande ist, sich aus dem Bett zu erheben, läßt, wie der Patient bemerkte, bei Druck auf die Wirbelsäule, hauptsächlich auf den Brust- bezw. Lumbalteil desselben (jedoch nicht auf die einzelnen Wirbel) nach: wenn man über den Brustteil der Wirbelsäule mit der Faust oder mit dem Ellbogen fährt, fühlt der Patient eine Erleichterung. Von den weiteren Beschwerden des Patienten möchte ich noch folgendes hervorheben: Nachlassen des Appetits, gesteigerte Salivation, Gurren und Plätschern im Abdomen, häufig mangelhafter Stuhl, hauptsächlich am Morgen nach einem in der Nacht ausgeführten Coitus interruptus, gesteigertes Harnlassen, Jucken im Endteil der Harnröhre, welches ge-

steigerten Harndrang verursacht. Zeitweise empfindet der Patient ziehende Schmerzen in den Leisten (dem Verlauf des Samenstrangs entlang). Der beim Patienten bestehende Schnupfen verschlimmert sich nach Exzessen, und es stellt sich häufiges Niesen ein. Im Sommer hat der Patient unter Hyperidrosis der Hände zu leiden, die im Winter im Gegenteil kalt sind. Außerdem klagte der Patient über verschiedene Krankheitserscheinungen, die im Vorstehenden bereits erwähnt sind.

9. Fall. Patient Z., Lehrer, 40 Jahre alt, erweist sich bei der objektiven Untersuchung als ein vollständig gesunder Mann. Er gesteht, daß er antikonzeptionelle Mittel, häufig auch den Coitus interruptus anwendet. Er leidet an Kopfschwindel, der bisweilen so heftig ist, daß er sich auf der Straße festhalten lassen muß. Er klagt ferner über Rückenschmerzen und über mangelhafte Stabilität der unteren Extremitäten. Der Patient hat sich schon an mehrere Ärzte gewandt, in der Befürchtung, daß sich bei ihm Rückenmarkschwindsucht zu entwickeln beginne. Von den weiteren verschiedenen Beschwerden des Patienten können fogende hervorgehoben werden: Das Gefühl einer besonderen Ungeschicklichkeit, Gegenstände fallen ihm häufig aus den Händen, beim Gehen stolpert er über verschiedene Gegenstände; der Patient hat das Bedürfnis, stets zu liegen, hauptsächlich auf dem Rücken, weil er sich wohler fühlt, wenn etwas auf die Wirbel drückt. Häufig hat der Patient die Empfindung, als ob er dünner geworden wäre, bezw. als ob seine Kleidung weiter geworden wäre, so daß er die Empfindung hatte, seine Kleidung strammer ziehen zu müssen. Zugleich bestand abnormer Haarausfall, ohne daß er irgend welche Ursachen dafür verantwortlich machen konnte. Eine zeitlang litt der Patient unter heftigem Jucken in der Symphysengegend und gebrauchte dagegen, da er an „Pediculi pubis" dachte, verschiedene Mittel, aber ohne Erfolg, da „Pediculi pubis" oder etwas ähnliches in Wirklichkeit nicht vorhanden war. Schließlich klagte der Patient über krankhafte Reizbarkeit, über plötzliche Ausbrüche unaufhaltsamen Zorns, die jedoch bald wieder verschwinden.

Viele Patienten klagen über zunehmende Abmagerung trotz guter Ernährung und günstiger Lebensverhältnisse. Namentlich wird dies bei bis dahin vollen und gesunden Frauen beobachtet. Manche Autoren glauben, daß das Sperma auf den Organismus der Frau auch dann günstig wirke, wenn eine Schwangerschaft nicht zustande kommt.

10. Fall. M., 40 Jahre alt, Feldscher. Die Frau des Patienten leidet an Lungenschwindsucht in schwerer Form, und infolgedessen

übt der Patient den Coitus interruptus aus, um den Zustand seiner Frau durch eine neue Schwangerschaft und Geburt nicht zu verschlimmern, da dieselben auf die Kranke verderblich wirken: bei der letzten Geburt ist es zu hochgradiger Hämoptoe und Kräfteverfall gekommen. — Der Patient klagt über Nachlassen des Gedächtnisses: Wenn er einen Patienten aufgesucht, so vergißt er häufig die Bezeichnung der Krankheit und der Medikamente, die er verschreiben will. Er muß bisweilen über eine $^1/_2$ Stunde nachdenken, was ihm im Beisein der Patienten und deren Angehörigen außerordentlich peinlich ist, um so mehr, als er häufig tatsächlich verwunderte und mißtrauische Blicke der Angehörigen der Kranken wahrnimmt. Bei der Unterhaltung vergißt er häufig die gebräuchlichsten Worte; auch bemerkt er fortwährend zunehmende Abschwächung des Gehörs, ohne daß er dafür irgend eine Ursache anzunehmen vermag. Die übrigen Beschwerden des Patienten bieten nichts besonderes. Bei der objektiven Untersuchung fanden sich nicht die geringsten Symptome einer Erkrankung des Gehirns, des Ohres und der übrigen Organe.

Die Beschwerden von Seiten des Nervensystems sind, wie wir oben bemerkt haben, außerordentlich verschieden und lassen sich gar nicht aufzählen. So klagte der Patient sub 2 unter anderem, daß er die Empfindung habe, als ob ihm sein Kopf aus Eisen gegossen wäre, und als ob er auf dem Gesicht eine Maske, auf den Augen eine Brille hätte.

Von Seiten der Psyche besteht heftige (bisweilen ursachslose) Reizbarkeit, die bald vorübergeht und bereut wird. Unter dem Einflusse solcher Zornausbrüche lassen sich die Kranken zu Handlungen hinreissen, die dann die ganze Zukunft beeinflussen. Ich glaube, daß solche Patienten ebenso wie jeder andere Neurastheniker bisweilen unter dem Einflusse des Affekts auch ein Verbrechen begehen können. Bei anderen Patienten wird progressives Nachlassen der psychischen Vitalität, Teilnahmslosigkeit, Apathie, Nachlassen des Gedächtnisses wahrgenommen. Bei anderen besteht hypochondrische Gemütsstimmung: sie sehen alles schwarz, fürchten Unglück, bilden sich die verschiedensten Krankheiten ein (Nosophobia, wie beispielsweise bei dem sub 9 beschriebenen Patienten, der sich eingebildet hat, rückenmarkskrank zu sein); bei anderen werden Zwangsideen beobachtet; sie wiederholen hartnäckig im Schlafe gewisse Worte oder die Melodie irgend eines Liedes. Andere bekunden unbegreifliche, früher nicht vorhanden gewesene Feigheit, Furcht vor Dunkelheit, Agoraphobie.

Alle diese Erscheinungen treten je nach der Individualität des Patienten in verschiedener Form auf, wobei am meisten Patienten mit psychopathischer Konstitution betroffen werden. So spielen bei Frauen nach Kraepelin in der Ätiologie der psychischen und nervösen Störungen häufige, unbefriedigte sexuelle Aufregungen eine wichtige Rolle, was namentlich bei dem sogenannten Zweikindersystem der Fall ist.[19])

Pathologische Veränderungen findet man bei der sexuellen Neurasthenie ebenso wie bei Hysterie, der gewöhnlichen Neurasthenie und anderen sogenannten „Neurosen" weder im Gehirn noch im Rückenmark. Das Wesen dieser Krankheit besteht in einer reizbaren Schwäche des Nervensystems. Manche Autoren führen alles auf Hyperämie, andere auf Anämie des Gehirns und des Rückenmarks zurück; schließlich erblicken einige Autoren in den Symptomen der sexuellen Neurasthenie eine Reizung des sympathischen Nervensystems. Irgend welche Veränderungen werden aber doch wohl vorhanden sein, nur ist die pathologische Anatomie heutzutage noch nicht imstande, irgend eine bestimmte Antwort darauf zu geben.

Diagnose.

Wir haben gesehen, daß der Symptomenkomplex der sexuellen Neurasthenie außerordentlich mannigfaltig ist und viele organische Erkrankungen vortäuschen kann. So kann man die auf der Basis der sexuellen Neurasthenie entstandene Gastralgie mit „Ulcus ventriculi" verwechseln. Wenn auch bei dieser Gastralgie Blutungen nicht bestehen, so muß man doch im Auge behalten, daß auch bei „Ulcus ventriculi" längere Zeit hindurch Blutungen nicht auftreten; dann kann das andere Symptom des Geschwürs, nämlich Steigerung der Quantität der Salzsäure, auch bei Neurasthenikern vorhanden sein und bisweilen selbst bis an 0,6 heranreichen; schließlich gibt es andererseits Fälle von Ulcus ventriculi, in denen die Salzsäuremenge nicht gesteigert ist. Für Ulcus ventriculi sprechen: Steigerung der Schmerzen nach dem Essen und Reaktion des Magens auf gewisse Speisen.

Dann können nervöse Herzaffektionen sehr leicht mit echter „Angina pectoris" verwechselt werden, die bei Sklerose der Kranzarterien beobachtet wird. Jedoch läßt sich aus dem Einfluß der psychischen Affekte auf das Auftreten der Symptome, aus den übrigen begleitenden nervösen Erscheinungen und aus der längeren Beobachtung leicht die wahre Sachlage erkennen. Man muß vor allem das Alter des Patienten in Betracht ziehen (es handelt sich meistenteils um Personen

im blühenden Lebensalter), seine Lebensweise, den Zustand des Gesamtorganismus, die Erscheinungen von Seiten der Psyche berücksichtigen. Dies gilt auch für die übrigen Symptome der in Rede stehenden Erkrankung.

Die Prognose ist „quo ad vitam" natürlich günstig, „quo ad sanationem" jedoch nicht immer: wenn der Patient beginnt, ein regelmäßiges sexuelles Leben zu führen, oder wenn er imstande ist, sich des geschlechtlichen Verkehrs zu enthalten, so lassen die Krankheitserscheinungen allmählich nach, wenn es auch zweifellos Fälle gibt, in denen der Patient auch nach Fortfall der „Causa nocens" nach wie vor an den schweren nervösen Erscheinungen leidet.

Behandlung.

Die Mehrzahl der Eheleute betrachten den Coitus interruptus als etwas harmloses und wenden sich an den Arzt erst dann, wenn die sexuelle Neurasthenie sich bereits vollständig entwickelt hat. Es ist infolgedessen Pflicht eines jeden Arztes, mit allem Nachdruck auf den Schaden hinzuweisen, der durch diese Abweichung vom normalen Geschlechtsleben herbeigeführt werden kann.

Von der größten Bedeutung ist natürlich die Prophylaxe. Wenn wir Ärzte auch mit allen uns zu Gebote stehenden Mitteln bestrebt sein müssen, unsere Schutzbefohlenen von Abweichungen auf dem Gebiete des geschlechtlichen Lebens zurückzuhalten, so gibt es doch Fälle, wo wir nachzugeben gezwungen sind. Erstens helfen in der Mehrzahl der Fälle alle unsere Ratschläge und Warnungen nicht.

Literatur.

8. Finger und Sänger: Pathologie und Therapie der männlichen und weiblichen Sterilität, S. 38.
9. Nobiling Jankau: Lehrbuch der Prophylaxis, S. 595.
10. Ibidem: S. 561.
11. E. Finger u. M. Sänger: Pathologie und Therapie der männlichen und weiblichen Sterilität.
12. Nobiling Jankau: Lehrbuch der Prophylaxis, S. 52.
13. Chrobak: Erkrankungen der weiblichen Genitalsphäre, S. 70,
14. The Lancet, 1903, 28. März. Wratschebnaja Gazetta, 1903, 40.
15. Mering: S. 825.
16. Jeschenedelnik, 1899, No. 24.

17. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 1897, Bd. 18, H. 3.
18. Bibliotheka Wratscha, 1897.
19. E. Kraepelin: Psychiatrie, 1891, S. 32. (Schluß folgt.)

Noch einmal: „Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechtsverkehr raten?"

Von Dr. **Max Marcuse-Berlin.**

Meine im vorigen Jahre in dieser Zeitschrift erschienene Abhandlung über die Frage: „Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechtsverkehr raten?" hat ein wider Erwarten großes Interesse gefunden und die Anregung zu einer außerordentlich lebhaften literarischen Diskussion gegeben. Ich empfinde über diese deshalb etwa nicht weniger Genugtuung, weil in ihr von der Mehrzahl der Autoren und Kritiker eine der meinigen entgegengesetzte Anschauung vertreten worden ist. Während insbesondere Blaschko[1]) vollkommen auf dem Boden meiner Überzeugung steht, ja sogar der Ansicht zuneigt, daß ich den Kreis der Indikationen für den ärztlichen Rat zum außerehelichen Umgang viel zu eng gezogen habe, sind meine Ausführungen z. B. von Kossmann[2]), Hirsch[3]), Löwenfeld[4]) mit großer Schärfe bekämpft worden. Auf die sehr zahlreichen und verschiedenartigen Gründe, mit denen meine Gegner mich zu widerlegen versuchen, im Zusammenhange einzugehen, ist mir aus Mangel an Zeit jetzt nicht möglich; auch befindet sich die Debatte ja noch immer in Fluß und veranlaßt noch stets das Erscheinen neuer Arbeiten und Erörterungen. So haben erst vor ganz Kurzem Jadassohn[5]) und Moll[6]) sehr anregende Kritiken meiner Darlegungen veröffentlicht.

Die Zeit ist also für mich noch nicht gekommen, das Schlußwort zu ergreifen, aber es sei mir gestattet, schon jetzt wenigstens auf den Artikel des Herrn Prof. Benninghoven in voriger Nummer dieser Zeitschrift zu antworten, weil ich hoffe, dadurch vielleicht eine fortan sachgemäßere und fruchtbarere Diskussion erwirken zu können. Ich will dabei

---

[1]) Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, II, 11 und 12.
[2]) u. [3]) Ibidem III, 4.
[4]) Ibidem III, 5 u. 6.
[5]) Archiv für Dermatologie u. Syphilis, 1905, Juni.
[6]) Mutterschutz, Zeitschrift für sexuelle Reform I, 3.

jedoch nur auf die allerwesentlichsten Punkte eingehen,die m. E. nicht so wichtigen aber bei der später sich bietenden Gelegenheit besprechen.

Benninghoven unterscheidet zwischen Menschen, die ohne legitime Ehe sexuell Umgang haben und solchen, die „moralisch und keusch" leben; er gebraucht hinsichtlich des Geschlechtsverkehrs die Bezeichnung „unsittlich" als Synonym für „außerehelich" und betont, daß zu dem „bischen von Idealen, das wir noch in die neuere Zeit hinüber gerettet haben" (sic!!) „vor allem die ideale Auffassung der deutschen Frau gehört." Wie diese „ideale Auffassung" aussieht, bedarf keiner Erläuterung. In allen diesen Äusserungen kommt eine Weltanschauung zum Ausdruck, die der meinigen so vollkommen entgegengesetzt ist, daß jede Verständigung ausgeschlossen erscheint, wenn nicht ein sehr langer und reger Gedankenaustausch stattfinden kann. Ich werde deshalb selbst auf den Versuch verzichten, mich über diese prinzipiellen Fragen mit Benninghoven auseinanderzusetzen; ihn und alle diejenigen, welche den Fragen der sexuellen Ethik ernstes Interesse entgegen bringen, verweise ich aber auf den vor einem halben Jahr von mir mitbegründeten „Bund für Mutterschutz" und sein wissenschaftliches, von Dr. Helene Stöcker herausgegebenes Organ*), das vielleicht Gelegenheit zu einer anregenden Debatte bietet. An dieser Stelle genügt es mir, die Gegensätzlichkeit in der Art, auf die Benninghoven und ich das sexuelle Problem überhaupt betrachten, festgestellt zu haben, weil damit tiefgreifende und vor der Hand nicht auszugleichende Differenzen zwischen uns auch bei der speziellen Behandlung der Themafrage ohne weiteres erklärt sind.

Auch eine an und für sich äusserst wichtige Frage medizinischen Charakters scheide ich aus dieser Diskussion von vornherein aus. Die Bejahung der Frage, ob der Arzt zum außerehelichen Geschlechtsverkehr raten darf, steht und fällt mit der Überzeugung von der gelegentlichen Schädlichkeit der Abstinenz und therapeutischen Wirksamkeit des Coitus. Für denjenigen Arzt, in dessen Augen der sexuellen Abstinenz eine krankmachende oder Krankheit verschlimmernde Bedeutung überhaupt nicht zukommt, kann ja selbstverständlich von dem Rate zum Geschlechtsverkehr — ob ehelichen oder unehelichen — gar keine Rede sein, und eine Diskussion über das Thema hat nur Sinn, wenn die in gewissen Fällen gesundheitsschädliche Wirkung der „Abstinentia sexualis" als gegeben vorausgesetzt wird.

*) Mutterschutz, Zeitschrift für sexuelle Reform (Verlag von J. D. Sauerländer in Frankfurt a. M.).

Für Benninghoven besteht diese Voraussetzung nicht. Im Gegenteil! Damit kann das von mir behandelte Problem für ihn überhaupt niemals eine praktische Bedeutung gewinnen, und Konflikte, zu deren Lösung ich durch meine Arbeit habe beitragen wollen, sind bei ihm von vornherein ausgeschlossen. Ich sehe davon ab, hier noch einmal diese grundsätzliche Vorfrage nach der hygienischen Bedeutung der Enthaltung vom Geschlechtsverkehr zu erörtern. Ich habe in meiner Abhandlung zahlreiche literarische Belege für meine Auffassung beigebracht, und eigene Erfahrungen, über die ich bei anderer Gelegenheit berichten werde, haben sie mir auch seither von neuem bestätigt. Benninghoven begründet seine abweichende Meinung damit, daß viele Ärzte, zu denen auch er gehöre, keinen einzigen Fall gesehen haben, in dem mit Sicherheit Abstinenz zu einer Erkrankung geführt hätte. Welche Beweisführung die zwingendere ist, die positive oder die negative, kann m. E. keinen Augenblick zweifelhaft sein; auch habe ich in meiner Arbeit ausdrücklich zu erklären versucht, woher es kommt, daß so vielen Ärzten die Fälle von gesundheitlicher Schädigung durch Abstinenz unbekannt bleiben; und schließlich möchte ich noch daran erinnern, daß sicher die allermeisten Ärzte in ihrem Leben z. B. auch noch keinen Fall von Homosexualität gesehen haben; folgt daraus auch nur mit einiger Wahrscheinlichkeit, daß es Homosexuelle gar nicht gibt? —

Nach diesen Vorbemerkungen wird eine sachliche Diskussion mit Benninghoven vielleicht möglich sein, weil dieser ja zum Zwecke seiner Argumentation einmal den Fall annimmt, daß der Arzt ein Individuum behandelt, welches nach seiner Ansicht „durch Ausübung des Geschlechtsverkehrs von einem schweren Übel befreit werden könnte."

I.

Nach Benninghoven's Meinung ist der Arzt unter allen Umständen verpflichtet, auf die allgemein gültige Moral unbedingt Rücksicht zu nehmen; diese Moral aber perhorresciere den unehelichen Geschlechtsverkehr. Daß dieser zweite Teil der Behauptung in dieser Form den Tatsachen gar nicht entspricht, will ich unberücksichtigt lassen; ich setze vielmehr voraus, es wäre dem so und prüfe lediglich den Vorsatz auf seine Berechtigung an der Hand der Benninghovenschen Beweisführung.

„Der Arzt nimmt" — meint Prof. Benninghoven — „eine so geachtete Stellung in der bürgerlichen Gesellschaft ein, daß der Staat, in welchem er seinen Beruf ausübt, wohl von ihm erwarten kann und darf, daß er sich nicht mit den Grundprinzipien der zur Zeit herrschen-

den Moral in Widerspruch setzt". Ich erwidere: „Der Arzt nimmt eine so geachtete Stellung ein und hat eine so hohe Aufgabe zu erfüllen, daß der Staat von ihm erwarten darf, daß er imstande ist, sich über die konventionelle Moral zu erheben und von einer höheren Warte aus seines schweren Amtes zu walten." „Die herrschende Moral" — sagt Helene Stöcker[1]) in einer redaktionellen Bemerkung zu Moll's Kritik meiner Broschüre — „ist von solcher Gedankenlosigkeit und Flachheit, um nicht zu sagen Rohheit in diesen Dingen, daß es unsere Aufgabe gewiß nicht ist, auf sie Rücksicht zu nehmen, sondern im Gegenteil ihre Mängel aufzudecken und gegen sie zu kämpfen." Und Kromayer[2]) vertritt zwar ohne Bezugnahme auf die spezielle Frage, ob der Arzt zum außerehelichen Geschlechtsverkehr raten dürfe, in einem Artikel über „Mutterschutz und Arzt" diesen selben Grundsatz. Die Moralbegriffe sind dauerndem Wechsel unterworfen, weil auch die kulturellen und sozialen Zustände sich fast ständig ändern und neue Bedürfnisse für die Menschen schaffen. Aber auch darum können die sittlichen Wertungen nicht umwandelbar sein, weil die menschliche Urteilskraft sich entwickelt und in überkommenen Anschauungen Unvernunft und Unrecht erkennt. „Es erwacht in einem einzelnen höher begabten Menschen der Zweifel; er fragt sich, ob wirklich gut und böse sei, was die Sitte vorschreibt. Kraft seiner geistigen Fähigkeit urteilt er selbständig und bildet sich eine Ansicht und schließlich eine gefestigte Überzeugung, welche von der herrschenden Sitte abweicht. Diese Überzeugung aber betätigt er alsbald in Wort und Tat und wirkt dadurch absichtlich und unabsichtlich auf seine Zeitgenossen ein; er findet Lob und Tadel, Widerspruch und Anerkennung, Gegner und Anhänger. So kämpft der keck in die Welt geworfene Gedanke, unterliegt oder siegt, bricht sich dann kräftig Bahn und verbreitet sich in immer größereren Kreisen — bis am Ende Keiner mehr glauben will, daß es je anders hat sein können. So bildet sich eine vom Alten abweichende, das Alte stürzende allgemeine Auffassung auf gelstigem wie auf sittlichem Gebiete, so relft die Saat, und wir stehen elnes Tages vor einer neugeborenen öffentlichen Meinung, vor elner neuen sittlichen Weltanschauung." (Max Thal[3]) Wie wäre überhaupt ein Fortschritt

[1]) Mutterschutz, Bd. I, Heft 3.
[2]) Mutterschutz, Bd. I, Heft 3.
[3]) Mutterrecht, Frauenfrage und Weltanschauung. (Breslau 1903. Pg. 57.)

auf sittlichem Gebiete denkbar, wenn nicht gerade die Besten, weil Einsichtigsten und Mutigsten zugleich, mit den allgemein gültigen Anschauungen brechen würden; und die Erfüllung der Benninghovenschen Forderung hieße die Ärzte, weil sie ja eine „so geachtete Stellung in der bürgerlichen Gesellschaft" einnehmen, von jedem Anteil an der Reformarbeit auf moralischem Gebiete ausschließen. Wir Ärzte dürfen nach Benninghoven nicht Vorkämpfer sein für eine Fortentwicklung unserer sittlichen Anschauungen; uns müßte vielmehr die konventionelle Moral eine nie irrende Gottheit bedeuten, der wir in scheuer Ehrfurcht unsere Opfer darzubringen haben. Und immer erst, wenn andere in überzeugungstreuem Kampfe durch Wort und Beispiel die Erkenntnis von der Torheit und Schädlichkeit herrschender Sittlichkeitsbegriffe geweckt und deren Reformirung erwirkt haben, dann ist es an uns Ärzten, zugleich mit der großen Herde nachzutapsen, und was wir früher angebetet, das ist jetzt zu verbrennen, und was wir früher verbrannten, jetzt anzubeten unsere Pflicht. — — Fürwahr! Wenn das die Art wäre, durch die wir Ärzte uns der „geachteten Stellung in der bürgerlichen Gesellschaft" würdig erweisen müßten — ich für meinen Teil würde dann auf diese „Stellung" und auf diese „Gesellschaft" pfeifen — — — Glücklicherweise hat es keine Gefahr! Noch haben gerade Aerzte immer mit in den vordersten Reihen gestanden, wenn es galt, mit allgemein herrschenden Moralbegriffen, die sie als schädlich oder vernunftwidrig erkannten, aufzuräumen. Und nur wenn wir dieser Gepflogenheit treu bleiben, werden wir nicht das Recht verwirken, uns Führer und Erzieher des Volkes zu nennen. Auch in Zukunft wird die konventionelle Moral für urteilsfähige und fortschrittlich gesinnte Menschen alles eher als ein „noli me tangere" sein, — selbst wenn sie Ärzte sind. Und so zweifellos es unsere Pflicht ist, bei unserem ärztlichen Handeln die Folgen zu berücksichtigen, die sich für unseren Klienten aus einem Verhalten ergeben können, durch das er sich in Gegensatz zu der herrschenden Sitte stellen würde, so bestimmt haben wir das Recht, der sogen. öffentlichen Moral an und für sich einen entscheidenden Einfluss auf unser Handeln zu verweigern. Jene Folgen müssen wir unserem Klienten klar machen, falls wir ihm einen solchen Rat geben und ihm selbst nicht genügend Urteilsfähigkeit in dieser — ja ganz vom medizinischen Gebiete fern abliegenden — reinen Laienangelegenheit zutrauen; ist er dann bereit, diese Folgen zu übernehmen, so haben wir uns durch die Moralbegriffe der Allgemeinheit in unseren ärztlichen Ratschlägen und Maßnahmen nicht weiter beeinflussen zu lassen.

Doch da erhebt Benninghoven einen neuen Einwand. „Fühlt sich ein Arzt berechtigt, entgegen den bestehenden Anschauungen, die den illegitimen Verkehr für unmoralisch halten, trotzdem diesen zu empfehlen, so könnte ein anderer ja mit demselben Rechte einem anämischen, durch körperliche Entbehrungen heruntergekommenen Individuum empfehlen, sich die Mittel zu seiner Wiederherstellung durch Diebstahl zu verschaffen." Die Unlogik seines Vergleiches fühlt Benninghoven offenbar selbst, aber er begreift sie nicht. Diebstahl bedeutet einen Eingriff in die Rechte Dritter und könnte niemals mit außerehelichem Geschlechtsverkehr, sondern nur mit Vergewaltigung verglichen werden. Daß der Arzt diese anraten dürfe, das gesagt zu haben, ist mir aber nicht erinnerlich. Wohl aber weiß ich, daß ich in meiner Arbeit wörtlich folgendes betont habe: „In die Rechte Dritter ohne deren Zustimmung einzugreifen, ist dem Arzte selbstverständlich nicht nur von Moral-, sondern auch von Rechtswegen unbedingt untersagt, selbst wenn dieser Eingriff für die Gesundheit des Patienten von größtem Nutzen wäre." Und angesichts dieser meiner Erklärung ist es mir auch unverständlich, wie Benninghoven behaupten kann, daß der Arzt „durch seine Empfehlung des illegetimen Geschlechtsverkehrs unter Umständen sogar der Beihülfe zum Ehebruch sich schuldig machen würde." Wenn er auf dem von mir vertretenen Standpunkte steht, ganz sicher nicht. Es sei denn, daß der Patient ihn auf seine Erkundigung nach den persönlichen Verhältnissen, die doch dem Rate zum sexuellen Verkehr unbedingt voraufgehen muß, anlügt. In diesem Falle aber träfe den Arzt auch nicht der Schatten einer Schuld.

II.

Im Gegensatz zu mir will Benninghoven das Verhalten des Arztes „nicht zum mindesten" von seinen eigenen Moralanschauungen abhängig machen. „Hält er die Ausübung des illegitimen Geschlechtsverkehrs für unmoralisch, so wird er denselben konsequenter Weise nicht empfehlen können, ebensowenig wie er ein Medikament empfehlen wird, das er für unwirksam oder schädlich hält, und wenn es tausend Autoritäten empfehlen." Ja, ist es wirklich nötig, die Unlogik, die auch in diesem Vergleich liegt, erst nachzuweisen? Sie ist doch, sollte ich meinen, evident. Die ganze Argumentation Benninghoven's hat ja den hypothetischen Fall zur Voraussetzung, daß nach Ansicht des betr.

Arztes der Patient „durch Ausübung des Geschlechtsverkehrs von einem schweren Übel befreit werden könnte". Das heißt also, der Arzt kennt ein wirksames Mittel gegen das Leiden seines Klienten, aber er hält dessen Anwendung für unmoralisch. Der Arzt ist aber kein Pastor, und nicht diesen, sondern jenen fragt der Patient um Rat. Und es bedeutet — ich wiederhole — m. E. einen schweren Vertrauensbruch gegen den Klienten, eine gröbliche Verkennung der ärztlichen Pflichten, wenn der Arzt dem Patienten eine Verordnung versagt oder eine Behandlungsart verheimlicht, von der er sich zwar einen guten Erfolg gegen das Leiden verspricht, die er, der Arzt, aber für unmoralisch hält. Wessen sittliche Anschauungen mit seinen ärztlichen Überzeugungen nicht in Einklang zu bringen sind, der mag sich eben einen Beruf wählen, der ihn solchen unlösbaren Widersprüchen nicht aussetzt. Ein Jude, nach dessen ärztlicher Überzeugung der Diabetes eines Glaubensgenossen durch dessen rituelle Lebensweise verschuldet oder verschlimmert wird, der aber das Nichtkoscheressen für eine Sünde hält und darum seinem Klienten den Rat zum Aufgeben seiner bisherigen Lebensweise vorenthält, taugt nicht zum Arzt. Und der Katholik, der von einer Kreisenden nur durch Perforation des Kindes eine Gefahr abwenden zu können überzeugt ist, diese Maßnahme aber unterläßt, weil er sie für eine Sünde hält, taugt nicht zum Arzt. Das scheint mir so selbstverständlich, daß ich nicht begreifen kann, wie sich über diesen Punkt eine Debatte entspinnen konnte. Und daß die allgemein sittliche Überzeugung des Arztes nicht einen größeren Einfluß auf sein berufliches Verhalten beanspruchen darf, als sein spezifisch religiöses Gewissen, das ist doch ebenso einleuchtend.

III.

Benninghoven verlangt als selbstverständlich, daß wir auf die Anschauungsweise unserer Patienten Rücksicht nehmen und sieht nun eine Schwierigkeit für den etwaigen Rat zum Geschlechtsverkehr schon darin, daß wir ja von vornherein garnicht wissen können, wie der betr. Patient oder die Patientin über den außerehelichen Beischlaf denkt. Nun, „von vornherein" gewiß nicht, wenigstens gewöhnlich nicht! Aber sollte es wirklich für einen taktvollen Arzt von Menschenkenntnis und Geschicklichkeit so schwer sein, sich in verhältnismäßig kurzer Zeit über den von seinen Klienten in diesen Dingen vertretenen

Standtpunkt zu orientieren? Ich für meinen Teil jedenfalls kann versichern, daß ich in den Fällen, in denen ich mich entschloß, dem Patienten oder der Patientin den Rat zum Geschlechtsverkehr zu erteilen, weder auf sittliche Empörung gestoßen, noch — wenn es sich um eine Dame handelte — „in einen gewissen Verdacht geraten bin," wie Benninghoven fürchtet. Und sollte einem Arzte wirklich gelegentlich das eine oder das andere widerfahren, so wird er sich in dem Bewußtsein, nur seine Pflicht getan zu haben, allenfalls darüber hinwegsetzen können, und aus dieser Erfahrung höchstens nur die Lehre ziehen, sich noch einer gründlicheren Menschenkenntnis und Geschicklichkeit, ohne die ja der tüchtigste Mediziner stets ein schlechter Arzt sein wird, befleißigen zu müssen. Auch bei anderen Gelegenheiten erwachsen ja uns Ärzten aus der gewißenhaften Erfüllung unserer Berufspflichten nicht selten erhebliche Unannehmlichkeiten.

Und wenn ich Benninghoven zugebe, daß von weiblichen Individuen mindestens 90% sich den etwaigen Rat zum außerehelichen Verkehr verbitten möchten, so betone ich dem gegenüber, daß ich ja auch nur den restirenden 10% nötigenfalls diesen Rat erteilen würde. Und, wie gesagt: Bei der Diagnose dieser 10% ist mir ein Irrtum bisher noch nicht passiert. Und wenn Bennighoven ferner meint, daß es sich bei diesen 10% überdies kaum um „ehrbare, moralisch intacte" Personen handeln kann, so erkenne ich hierin wieder jene bereits erwähnte Weltanschauung, die der meinigen von Grund aus entgegengesetzt und im übrigen als eine persönliche Angelegenheit einer Diskussion in diesem Zusammenhange nicht zugänglich ist. Aber die Frage sei doch noch gestattet: Versagt Herr Prof. Bennighoven denjenigen Klienten, die er nicht für „ehrbar" hält, etwa seine ärztliche Hülfe nach bestem Können und Wissen? Ich bin vom Gegenteil überzeugt. Also! — —

Was aber soll man dazu sagen, wenn Benninghoven mir weiter folgendes entgegenhält: „Steht man auf dem Standpunkte, daß man seine und des Patienten moralische Anschauung opfern muß, wenn man einen therapeutischen Erfolg zu erzielen hoffen darf, so muß man diesen Weg auch strikte einhalten." Und nun malt Benninghoven die Konsequenzen eines solchen Verhaltens mit düsteren Farben aus. „Des Patienten moralische Anschauung opfern müssen"?!! Ja, habe ich denn nicht in meiner Arbeit lang und breit auseinandergesetzt, daß ich es für des Arztes unbedingte Pflicht erachte, den moralischen Standpunkt seines Klienten unter allen Umständen zu berücksichtigen? Habe ich nicht ausführlich betont, daß dieser moralischen

Auffassung des Patienten auf jeden Fall ein entscheidender Einfluß auf das Verhalten des Arztes zukommt? Und abermals zeigt mir Benninghoven, um mich von meinem Irrweg abzubringen, das Schreckgespenst des Ehebruches. „Wie aber nun, wenn eine verheiratete Person zu mir kommt, und ich habe die Hoffnung, daß der außereheliche Beischlaf günstig auf ihr Leiden einwirken würde; konsequenterweise müßte ich diese dann zu einem Verbrechen verführen, nämlich zum Ehebruch; das hat sich Herr Dr. Marcuse wohl nicht überlegt?" Auf pag. 27 meiner Arbeit (ich wiederhole dies Citat) steht wörtlich: „In die Rechte Dritter ohne deren Zustimmung einzugreifen, ist dem Arzte selbstverständlich nicht nur von Moral-, sondern auch von Rechtswegen unbedingt untersagt, selbst wenn dieser Eingriff für die Gesundheit des Patienten von größtem Nutzen wäre." Das hat Herr Prof. Benninghoven wohl nicht gelesen? — — — Erinnern möchte ich übrigens an die in proletarischen Kreisen nicht sehr seltenen, aber auch in gebildeten Ständen gelegentlich anzutreffenden Fälle, in denen die aus irgend welchen Gründen an der Ausübung des Geschlechtsverkehr für lange Zeit behinderte Ehefrau ihre Zustimmung gibt, daß ihr Mann deshalb nicht zur Abstinenz verurteilt bleibe. Kann der Arzt Gelegenheit nehmen, sich nach Darlegung der Verhältnisse im voraus eines solchen Einverständnisses des andern Ehegatten zu versichern, so braucht er m. E. auch einem verheirateten Patienten gegenüber nicht mit dem von ihm für notwendig erachteten Rat zum außerehelichen Geschlechtsverkehr zurückzuhalten. Freilich bedarf der Arzt in diesen Fällen eines ganz besonders fein entwickelten Verantwortlichkeitsgefühls und einer ganz besondes scharfen Urteilskraft. In praxi werden ja solche Fälle zu den allergrößten Seltenheiten gehören; aber sie kommen vor, und auch ich bin bereits einmal in dieser Lage gewesen. Da kann denn von einer Verleitung zum Ehebruch weder rechtlich noch moralisch die Rede sein. Nie und nimmer aber — ich betone das zum so und sovielten Male — darf auch nach meiner Ueberzeugung der Arzt einem verheirateten Patienten den Rat zum außerehelichen Beischlaf erteilen, ohne im voraus der Zustimmung des anderen Ehegatten sicher zu sein. Das hieße in der Tat den denkbar schwersten Eingriff in die Rechte Dritter, den ich nicht weniger als Herr Prof. Benninghoven perhorresciere.

IV.

Benninghoven betont die gesundheitlichen Gefahren des außerehelichen Geschlechtsverkehrs und sieht in ihnen eine absolute Hinderung für den Arzt, ihn zu empfehlen. Ich habe dieses Kapitel in meiner Arbeit ausführlich behandelt und müßte das dort Gesagte nur wiederholen, wollte ich Benninghoven's Bedenken widerlegen. Nur auf ein Moment möchte ich hinweisen. Von allen meinen vielen Kritikern sind offenbar nur einem einzigen, nämlich Blaschko[1]), die keineswegs seltenen Fälle bekannt, „in denen besondere Umstände eine Infektion als unwahrscheinlich oder ausgeschlossen erscheinen lassen." Der seit einigen Jahren entbrannte Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten hat durch seine, selbstverständlich auch von mir als berechtigt und notwendig anerkannte, Agitation doch offenbar die Kritik selbst der verständigsten Ärzte derart verwirrt, daß sie schließlich an venerisch gesunde Menschen überhaupt nicht mehr glauben. Die Prostituierten sind ja freilich durch und durch verseucht. Aber erstens läßt sich, wie ich nachzuweisen mich bemühte, trotzdem sogar im Verkehr mit Dirnen die Ansteckungsmöglichkeit sehr wesentlich verringern, und den unbefangenen Arzt lehrt doch die praktische Erfahrung, daß es viele Männer gibt, die trotz jahrelangen Umgangs mit puellis publicis niemals ernstlich erkrankt sind. Aber, das Wichtigere: Gibt es denn wirklich für „ledige Leute" nur die Alternative: Abstinenz oder Prostitution?! Haben wir es wirklich — dank unserer „allgemein gültigen Moral" — so herrlich weit gebracht?! Doch richtig: Benninghoven spricht ja wenigstens noch von dem „sog. festen Verhältnis", nur meint er, wenn wir einem Patienten dieses empfehlen wollen, dann können wir ihm auch die Ehe empfehlen; bei letzterer komme er „in jeder Beziehung besser und auch billiger weg." Ich habe in meiner Arbeit dargelegt, weshalb der Arzt in der Regel zu einer Ehe nicht raten darf und meine, daß in außerordentlich zahlreichen Fällen ein solcher Rat geradezu absurd erscheinen müßte. Einen von mir nur angedeuteten Grund rein medizinischer Natur hat übrigens Blaschko noch schärfer hervorgehoben: daß es „ärztlich unmöglich ist, eine Therapie anzuwenden, die — selbst wenn sie versagen oder gar als schädlich sich erweisen sollte — niemals wieder ausgesetzt oder geändert werden kann." Aber vor allem möge doch Benninghoven die schwer wiegenden ökonomischen Momente

[1]) A. a. O.

etwas sorgsamer würdigen, die eine Eheschließung so erschreckend häufig Männern und Frauen noch lange, lange Jahre nach erlangter Geschlechtsreife unmöglich machen; und gerade natürlich den Angehörigen der gebildeten Kreise, die infolge ihrer feineren Organisation und des hier „mit heimtückischer Tyrannei herrschenden Despotismus der Sitte" (Buckle) in jeder Hinsicht unendlich mehr unter der sexuellen Not zu leiden haben, als z. B. die Proletarier. Auch möchte ich doch darauf aufmerksam machen, daß auch die Verheiratung ja namentlich den Frauen eine sexuell-hygienische Gewähr keineswegs bietet; hat doch eine Statistik der Neisser'schen Poliklinik ergeben, daß 27 % aller Geschlechtskranken verheiratet waren, und Nachforschungen, die Carl Alexander[1]) nur bezüglich der Tripperkranken in seiner Privatpraxis anstellte, ergaben 22,5 % Verheiratete. Die Lues, die von ihren Ehemännern zu acquirieren ja unsere Frauen leider auch eine nicht geringe Aussicht haben, ist also bei dieser Zahl nicht einmal berücksichtigt. Doch davon abgesehen! Die ganze Argumentation Benninghovens ist mir nur erklärlich, wenn ich annehme, daß ihm in seinem ganzen Leben noch niemals einer von den vielen, vielen Fällen begegnet ist, von denen ich hier aus meiner eigenen Erfahrung nur einen ganz kurz wiedergeben will, der sich überdies unter die Kategorie des „sog. festen Verhältnisses" natürlich nicht rubrizieren läßt: Ein älterer unbemittelter cand. phil. und eine gebildete Dame, Beamtin, ebenfalls mittellos, kennen und lieben sich seit langer Zeit. Beide sind sehr schwer neurasthenisch, und alle diätetisch-physikalischen Mittel — von medikamentösen ganz zu schweigen — haben völlig versagt. Ich gewann die Überzeugung von der abstinentia sexualis als Ursache[2]) der Neurasthenie und riet, — selbstredend unter Hinweis auf die zwar unwahrscheinliche, aber trotz aller Vorsicht immerhin mögliche Empfängnis — zum Geschlechtsverkehr. Effekt: die körperlichen und seelischen Qualen, unter denen beide Menschen unsäglich gelitten

[1]) Monatschrift für Harnkrankheiten und sex. Hygiene, Bd. I, Heft 5.

[2]) Daß außer der Abstinenz in diesem Falle noch dem positiven Moment der fortgesetzten frustranen Erregungen eine ursächliche Rolle zukommt, ändert nichts an der Bedeutung des Falles. Denn 1., sind diese frustranen Erregungen ja auch ihrerseits die Folge der Abstinenz und 2., ließen sie sich nach Lage der Dinge, höchstens durch Trennung der beiden Liebenden beseitigen. Diese anzuraten und zu veranlassen, darf aber, weil therapeutisch außerordentlich problematisch und von ethisch-humanen Gesichtspunkten aus verwerflich, gar nicht in Frage kommen. Auch konnte schon aus pekuniären Gründen in diesem Falle von einer Trennung keine Rede sein.

hatten, sind einem Wohlgefühl des Leibes und Gemütes gewichen; die fast völlig darniedergelegene Arbeitsfähigkeit und die ganz geschwunden gewesene Arbeitslust sind wiedergekehrt, und ich — bin der Wunderdoktor. — Meint nun Benninghoven wirklich, daß ich hier die Ehe hätte anraten können, daß Beide damit „billiger und besser" fortgekommen wären? Bei dem famosen Zwangscölibat, zu dem sehr viele erwerbstätige Frauen in der Regel verdammt sind, zu dem ganz vor allem der Staat seine weiblichen (und in gewissem Grade auch seine männlichen) Angestellten verurteilt, hätte die Dame ihr Amt aufgeben müssen. Und er? Ein mittelloser cand. phil. dürfte auch noch kein Einkommen besitzen, das zur Gründung selbst des bescheidensten Haushaltes ausreicht. Hätte ich diesen beiden Leuten die Ehe angeraten, so hätten sie das wohl für einen taktlosen Witz gehalten; und wäre ich am Ende doch auf Zustimmung gestoßen, so hätte ich mich vor meinem Gewissen eines Verbrechens schuldig gemacht, indem ich Menschen zur Heirat veranlaßte, ohne daß für diese auch nur die notwendigste materielle Basis vorhanden war. Oder aber hätte ich ihnen sagen oder meinetwegen auch nur still bei mir denken sollen?: „ich weiß zwar ein Mittel, das natürlichste von aller Welt, aber das darf ich euch nicht verraten. Quält euch nur weiter, bis ihr nach Jahr und Tag vielleicht einen eigenen Herd gründen könnt. Und wenn ihr dann nicht nur um eure Jugendlust und Jugendkraft, sondern auch ganz um eure Gesundheit gekommen seid, wenn ihr dann vielleicht auch die Empfänglichkeit der Seele und die Freudigkeit des Gemütes eingebüßt habt (standen doch beide schon kurz vor dem 30. Jahre) — was tut's?! Dann dürft ihr ja das Mittel getrost anwenden; ob's dann freilich noch etwas hilft — das möchte ich allerdings bezweifeln." — Ich wiederhole, ich habe hier nur einen von vielen, nicht einander gleichen, aber mehr oder minder ähnlichen Fällen herausgegriffen.

Ein Wort sei mir noch gestattet speziell über die weiblichen Patienten, denen gegenüber der Rat zum außerehelichen Geschlechtsverkehr in Frage kommt. Erstens scheint mir, als ob Benninghoven und andere sich nicht genügend klar darüber sind, wie außerordentlich selten ich natürlich schon einem männlichen, ganz besonders aber einem weiblichen, Patienten den Rat zum außerehelichen Geschlechtsverkehr erteilen würde, und daß sie die in meiner Arbeit vertretene Anschauung, daß dieser Rat unter allen Umständen nur eine spärliche Ausnahme sein müsse, nicht genügend berücksichtigt haben. Andererseits sehen Benninghoven und andere meiner Kritiker das ledige weibliche Ge-

schlecht repräsentiert offenbar lediglich durch 18 – 19jährige „höhere Töchter." Nun, ich will gleich erklären, daß es mir niemals beikommen würde, diesen einen solchen Rat zu erteilen; wohl aber scheue ich mich nicht, einem Mädchen von Mitte oder Ende der Zwanziger (von noch älteren und gar von alleinstehenden Frauen gar nicht zu reden), von dessen geistiger und sittlicher Reife ich mich überzeugt zu haben glaube, nötigenfalls und unter gewissen Voraussetzungen den Geschlechtsverkehr zu empfehlen. Bleiches Entsetzen ergreift Herrn Prof. Benninghoven bei diesem Gedanken, und er und andere fragen mich, wie wohl der Vater oder Bruder der betr. Dame über den Arzt denken würde, der ihrer Tochter bezw. Schwester so etwas rät. „Scio nihil, quid mihi magis farcimentum esset" — soll Bismarck einmal in humorvoller Laune gesagt haben. Ich tue recht und scheue Niemand. Wenn mich ein Erwachsener, selbstverantwortlicher Mensch konsultiert, dann kehre ich mich doch nicht daran, wie meine etwaigen Ratschläge von Vater, Mutter, Bruder, Onkel, Tante oder sonstigen Verwandten vielleicht aufgenommen werden; habe ich einen geistesschwachen oder unmündigen Menschen vor mir, so bin ich verpflichtet, meine Ansicht den Angehörigen zu unterbreiten und deren Standpunkt möglichst zu berücksichtigen; aber was um des Himmels willen geht mich der Vater meines Patienten an, wenn dieser als erwachsener Mensch sich mir — als seinem Arzte — anvertraut und meine, aber nicht seines Vaters Ansicht hören will. Oder sollte etwa Herr Prof. Benninghoven meinen, daß ein weibliches Individuum kein Selbstbestimmungsrecht hat trotz Großjährigkeit und gesunder Sinne immer und überall seiner Familie verantwortlich bleibt? Der Unterschied, den Benninghoven und andere zwischen den männlichen und weiblichen Klienten machen, legt diese Deutung allerdings sehr nahe. Das würde dann wieder eine apriorische Gegensätzlichkeit zwischen unseren Lebensanschauungen bedeuten; und ich könnte mir diese nur so erklären, daß jene Herren noch keiner von den vielen wirtschaftlich selbständigen, der bloßen Verantwortung vor sich selbst bewußten Mädchen und Frauen begegnet sind, die sie eines Besseren belehrt haben würden. — Und dann noch eins: Wenn ich einem urteilsfähigen und verständigen Menschen — und nur einem solchen, ob Mann oder Weib, würde ich den Rat zum außerehelichen Geschlechtsverkehr erteilen — eine Verordnung gebe, so trage ich nur für deren medizinischen Wert die Verantwortung; auf alle übrigen Nebenwirkungen z. B. auf ökonomischem und familiärem Gebiete,

habe ich meinen Klienten wohl aufmerksam zu machen und über sie auf seinen Wunsch mit ihm zu beratschlagen. Sie abzuwägen und ihnen den endgültigen Einfluß auf seine Entscheidung beizumessen, ist aber lediglich seine Sache; das kann und muß der Betr. selber am besten wissen und verantworten, schon weil es ja dazu gar keines ärztlichen, sondern blos eines gesunden Menschenverstandes bedarf. Wenn ich z. B. einem Nephritiker eine Reise nach Ägypten anrate, so bin ich — und auch dies nur innerhalb der selbstverständlichen Grenzen — für deren gesundheitliche Wirkung verantwortlich, niemals aber etwa für die pekuniären Schäden, die der Patient vielleicht aus der notwendig gewesenen Vernachlässigung seines Geschäftes erlitten hat oder für familiäre Zerwürfnisse, die aus irgend einem Grunde die Folge seiner Reise waren. Nicht anders bei dem Rat zum außerehelichen Geschlechtsverkehr! Die endgültige Stellungnahme zu diesem Rate — das darf ja nicht vergessen werden — ist doch naturgemäß dem Patienten resp. der Patientin vorbehalten, welche die auf nichtmedizinischem Gebiete liegenden Faktoren zu bewerten selbst in der Lage und daher verpflichtet sind; als menschenfreundlicher Ratgeber darf sich ihnen der Arzt freilich auch hierbei kaum versagen.

Ich möchte zum Schluß eine Stelle aus einem Buche zitieren, das freilich vielfach von einer geradezu verblüffenden Disziplinlosigkeit sowohl in dem Inhalt der Gedanken, wie in der Form des Ausdruckes zeugt. Und gerade in medizinischen Dingen muß der Grad des Verständnisses und der Urteilsfähigkeit der Verfasserin oft als kindlich bezeichnet werden. Ich betone das, damit man mir nicht etwa aus diesem Zitat einen Strick drehe, unter dem Vorwande, daß ich mich einer solchen Zeugin bediene. Aber ich meine doch, daß das Buch bedeutungsvoll ist als die impulsive Äußerung einer klugen und mutigen Frau, die in ihm ein Bild der seelischen und körperlichen Qual entwirft, unter der Zahllose ihrer Geschlechtsgenossinnen leiden. Und insbesondere die Stelle, die ich hier wiedergeben will, scheint mir geeignet zu sein, Herrn Prof. Benninghoven und die, welche seiner Denkart sind, zwar nicht von ihrem Irrtum zu überzeugen — dazu haben die Worte zu wenig Beweiskraft —, aber vielleicht zu einer erneuten Prüfung ihrer Anschauungen zu veranlassen und ihnen den Anstoß zu geben zu einer Annäherung an den von mir vertretenen Standpunkt. In ihrem Buche „Staatskinder oder Mutterrecht?*)“ spricht Ruth Brè also:

*) Verlag von W. Malende, Leipzig, 1905.

. . . . „Und nur der Geschlechtstrieb soll unterdrückt werden? Ist das „sexuelle Hygiene?“ Ist das nicht vielmehr frevelhafte Unterbindung der Lebenskraft, Kasteiung — wäre dagegen Kastrieren nicht eine Wohltat? — Was tut denn hier der Hausarzt oder was hat er getan? Was für Ratschläge erteilt er dem Individuum? Der Familie? Was für Forderungen stellt er mit erhobener Stimme in der Öffentlichkeit, vor dem Gesetz, falls etwa seine ärztlichen Ratschläge mit öffentlichen Verordnungen kollidieren müssen? Wenn er etwa dem Leidenden sagen muß: Gehe hin und stille deinen jungen Naturtrieb, damit du deine Gesundheit nicht zu Grunde richtest! — Was haben die Ärzte bisher getan, um die Befolgung dieser Ratschläge unter dem Rechtsschutze des Gesetzes ihren Kranken zu ermöglichen?

Der Herr Professor K., den die unglückliche Gertrud von Lühmann als Sachverständigen vor Gericht laden ließ, erklärte, er halte sie für unzurechnungsfähig . . . .

Wann hat der Arzt die ersten Spuren offenbar hysterischer Beeinflussung bei ihr wahrgenommen? Was hat er getan, um ihr physisches und psychisches Gleichgewicht wieder herzustellen? Hat er ihr zur rechten Zeit zur Befriedigung ihres maßlos gesteigerten Geschlechtstriebes geraten, dieses Geschlechtstriebes, der sie schließlich einem social unter ihr stehenden Manne in die Arme warf? Weiß der Herr Professor nicht und wissen es andere Ärzte nicht*), daß der Trieb bei der zur Geschlechtslosigkeit verdammten Frau einen solchen Grad erreichen kann, daß sie imstande ist, auf die Straße zu gehen und sich dem ersten Besten in die Arme zu werfen, am liebsten einem, den sie nie mehr sieht, der ihren Namen nicht weiß, der sie nur einmal erlösen soll von der Qual, die ihr Gehirn und ihren Körper versengt?

Weiß das alles der Herr Professor nicht? Und wenn er es weiß, was hat er getan, um die unglückliche Lühmann bei Zeiten vor solchem Schicksal zu retten? Was hat er getan, um ihrer Natur zu ihrem Rechte zu verhelfen, lange, ehe der Trieb eine solche Intensität erreichte, zu einer Zeit, als ihr Verlangen noch leicht und sanft ausgelöst werden konnte? . . .

Wo bleibt das Naturrecht, wo bleibt die sexuelle Hygiene . .? Ach so — man gestattet ja den Geschlechtsverkehr — in der kapi-

*) Ich verweise auf Forels ausgezeichnetes Werk: „Die sexuelle Frage“ (München 1905), dessen Lektüre eine reiche Ausbeute auch für das hier behandelte Problem gewährt.

talistischen Ehe. Wenn Ihr nachweisen könnt, Ihr zwei jungen Leute, daß Ihr die nötigen Kapitalien habt, um eine kostspielige Einzelwirtschaft zu gründen, wenn Ihr ferner mit 20—24 Jahren schon ganz genau beschwören könnt, daß Ihr mit 70 Jahren auch noch als Eheleute zusammenleben wollt und könnt, dann wird Euch das Recht zu legaler Befriedigung des Geschlechtstriebes verliehen. — Habt Ihr diese Kapitalien aber nicht und geht Ihr dennoch eine kapitalistische Ehe ein, so ist es eure Schuld, wenn Ihr an ihr zu Grunde geht . . . Wenn Ihr unsere Zwangsehe aber nicht eingehen könnt oder wollt, und Ihr habt dennoch einen Geschlechtstrieb, so schafft ihn nur schleunigst ab. Denn wißt: der Geschlechtstrieb darf bei uns legaler Weise nur vom Standesbeamten verliehen werden, etwa wie der Staat das allgemeine Ehrenzeichen an würdige Personen verleiht. Punktum".

II. Referate.

Moszkowicz und Stegmann: Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen. (Münch. med. Wochenschr. 1905, Nr. 29.)

Eine Beeinflussung der hypertrophischen Prostata schien wahrscheinlich wegen der starken, elektiven Wirkung der Röntgenstrahlen auf epitheliale Gewebe. Die Untersuchungen der letzten Zeit führen immer mehr zur Auffassung hin, daß gewisse Zellgruppen für Röntgen- und Radiumstrahlen besonders empfindlich sind.

Haben nun die Röntgenstrahlen die Fähigkeit, die Drüsenepithelien zu zerstören, so muß die dadurch erfolgte Verkleinerung auf die Miktion günstig einwirken. Die Versuche ergeben, daß die hypertrophische Prostata sich nach der Bestrahlung tatsächlich verkleinert. Die Veränderungen erfolgen so rasch, erreichen einen so hohen Grad, wie es an anderen Geweben nicht beobachtet wird. Die von den Strahlen passierte Rektalschleimhaut zeigte gar keine wahrnehmbaren Veränderungen. Das Gewebe der Prostata, oder wenigstens ein Teil derselben, muß wohl ganz besonders empfindlich gegen die Röntgenstrahlen sein; vielleicht kann das reichliche Vorkommen von Lecithin von besonderer Bedeutung sein. Es wurden 2—3 Bestrahlungen in Abständen von 2—3 Wochen ausgeführt. 3 Bestrahlungen genügten.

Es wurde ein Kelly'sches Proktoskop (9 cm lang) benutzt; das einzuführende Ende des Spekulums soll abgeschrägt sein, wodurch eine größere Bestrahlungsfläche erzielt wird. Das Metallrohr wird fixiert durch einen breiten Heftpflasterstreifen, aus dem ein Stück — entsprechend der Öffnung des Spekulums — herausgeschnitten wird, der über das Perineum und Kreuzbein geklebt wird. Schmale Streifen Heftpflaster werden ringsum an der Innenwand des Spekulums festgeklebt und nach außen geführt. Der Patient ist seitlich zu legen, mit dem Steiß möglichst nahe am Rande des Tisches.

Die ganze Umgebung des Rohres wird mit Bleigummi sorgfältig abgedeckt und hierauf der Spiegel der Röhre sorgfältig in die Achse des Spekulums zentriert. Die Bestrahlung erfolgte mit Gundelach'schen Röhren. Der Abstand des Röhrenfocus von der äußeren Öffnung des Proktoskopes beträgt 40 cm, die Expositionszeit durchschnittlich 15 Min. 20 Volt, 3 Ampère. Stift Nr. 3, grober Widerstand: Knopf 6—8.

Die angeführten Krankengesehichten ergeben, daß die Prostata in der 1. und 2. Woche nach der Bestrahlung weicher wird und etwas druckempfindlich. Nach 9—12 Tagen nach der 1. Bestrahlung ist ein Konsistenzwechsel wahrzunehmen.

Die Beschwerden sind: vermehrter Harndrang, Gefühl der Schwere und Völle im Perineum, bisweilen Stuhldrang. Bestehende Cystitis schien verschlimmert, Blut im Harn, Epididymitis. Diese Beschwerden waren kurzdauernd und geringfügig; immerhin deuten sie auf einen Reizzustand der Gewebe, der durch den raschen Zerfall der Drüsenepithelien bedingt sein könnte. Die zerfallenen Epithelien werden resorbiert und vielleicht löst diese Resorption chemisch wirkende Substanzen, auch Allgemeinerscheinungen aus. Auch stenokardische Anfälle mit Schwäche und Hinfälligkeit wurden beobachtet.

So sehr es auch zu begrüßen wäre, die Hypertrophie durch einen verhältnismäßig wenig einschneidenden Eingriff zur Heilung zu bringen, so dürfte bei den letztgenannten Erscheinungen große Vorsicht am Platze sein, da es sich doch fast stets um Greise handelt, immerhin rechtfertigen die guten Resultate zu weiteren Versuchen mit vielleicht kleineren Dosen und häufigeren Bestrahlungen. **Steiner-Mannheim.**

Rebentisch: Die radikale Heilung der durch Prostatahypertrophie bedingten Harnverhaltung mittelst „Prostatectomia suprapubica totalis." (Münch. med. Wochenschr. 1905, Nr. 31.)

Es kommen Operationsverfahren in Betracht, welche eine Verkleinerung der pathologisch vergrößerten Drüse bezw. die Forträumung des durch sie bedingten Hindernisses für den Urinabfluß auf direktem oder indirektem Wege anstrebt.

Die indirekten Methoden (doppelseitige Kastration, Unterbindung, Durchschneidung und Resektion der „vasa deferentia", beiderseitige Ligatur der A. iliaca interna, Verlagerung der Prostata nach dem Damm hin (Prostatopexie) sind heute verlassen.

Die direkten Operationsmethoden lassen sich einteilen 1) in solche, welche durch die unverletzte oder am Perinäum eröffnete Urethra den Weg zur Prostata suchen, 2) in solche, welche auf perinealem, 3) in solche, welche auf supra- oder infrapubischem Wege die Prostata in Angriff nehmen wollen.

Das Bottini'sche (Freudenberg) Verfahren, bei welchem galvanokaustische Einschnitte in die vergrößerte Drüse gemacht werden, ist nicht harmlos, ungefährlich, außerdem nicht für alle Fälle geeignet.

Die perinealen Methoden haben den Vorzug, daß sie in denkbar vollkommenster Weise den Abfluß des Wundsekretes führen; sie sind aber technisch nicht immer einfach und oft recht blutig.

Rebentisch empfiehlt folgendes Vorgehen, das die Freyer'schen Vorschläge (suprapubische Prostatektomie) zur Grundlage hat. Die sorgfältig gespülte Harnblase wird mit Flüssigkeit oder Luft gefüllt, falls dies nicht durch Unausführbarkeit des Katheterismus unmöglich gemacht ist. Der eingeführte Nelatonkatheter bleibt, wenn möglich, liegen. Beckenhochlagerung bei mäßig gespreizten Beinen. Hautquerschnitt in der Unterbauchfalte, Längsschnitt zwischen den Rekti. Eröffnung der Harnblase, Einlegen von Haltefäden in die Ränder der Blasenwunde. Genaue Besichtigung und Austastung des Blaseninnern, ev. unter Einlegen breiter Specula. Einführen von 1—2 Fingern der linken Hand in den Mastdarm zum Hervordrängen des Tumors. Nunmehr wird die Blasenschleimhaut über dem Tumor mittelst eines stumpfen Instrumentes durchtrennt, stumpf losgelöst und der Tumor ausgeschält. Dies ist nicht schwierig, wenn man in der richtigen Schicht zwischen der äußeren Kapsel und dem glatten Überzug der Prostata vordringt. Nach vollständiger Blutstillung durch Spülung mit heißer Kochsalzlösung wird ein möglichst starker Gummischlauch an das Blasenende des Nelatonkatheters angenäht und mittelst des Katheters dureh die suprapubische Wunde, die Blase und Urethra hindurchgelegt. Der Gummischlauch wird, dem Blasengrund entsprechend, an 3 Stellen ausgiebig gelocht, vor der äußeren Urethralöffnung durch eine Sicherheitsnadel und einen kleinen Verband in richtiger Lage fixiert und in den oberen Wundwinkel der Blasenwunde wasserdicht eingenäht, die Rektalwunde mit Katgut verkleinert, die äußere Wunde mit Seide. Alle Wundtaschen werden für 2 Tage locker mit Jodoformgaze ausgefüllt und ein Glasdrain bis in die Nähe der Blasennaht eingeschoben. Der Urin wird durch den Harnröhrenteil des Gummischlauchs dauernd abgeleitet, der obere Teil des Schlauches durch einen Stöpsel verschlossen.

Eine genaue Überwachung der Katheterdurchgängigkeit bei Tag und Nacht ist erforderlich. Freyer nimmt Abstand von einem Dauerkatheter, Verf. hält es von Vorteil, wenn bei alten decrepiden Leuten die andauernde Durchnässung gehindert und die Zahl der Verbandwechsel möglichst eingeschränkt wird. Die suprapubische Methode hat den Nachteil, den Abfluß der Wundsekrete nicht so ideal zu gestalten wie bei der perinealen Methode; bei starken Leuten kann die Auschälung der Prostata schwierig sein, ebenso bei starker Spannung der Bauchmuskulatur, technische Schwierigkeiten vermag die sog. Schrumpfblase zu bereiten; demgegenüber bietet sie die Möglichkeit genauer Besichtigung des Blaseninnern und — bei gleichzeitiger Rektaluntersuchung — die Möglichkeit genauer bimanueller Ablastung des Tumors und des ganzen Blasenbodens.

Gute Resultate wurden erzielt bei Bottini in 86%, bei dem perinealen Verfahren in 88%, bei dem suprapubischen in 90%, die Mortalität verhält sich 6,3 : 6,2 : 11,3%.

Als Indication der radikalen Prostataoperationen sellt Verfasser auf:

1) dauernde Unmöglichkeit des Katheterismus oder Erschwerung desselben,

2) hochgradige Empfindlichkeit gegen denselben,

3) Cystitis, Blutungen, welche zur Erschöpfung führen.

Steiner-Mannheim.

Völker, Lichtenberg: Die Gestalt der menschlichen Harnblase im Röntgenbilde. (Münch. med. Wochenschr. 1905, Nr. 33.)

Die guten Erfolge, die in neuester Zeit mit Verwendung der Röntgenstrahlen beim Studium von Hohlorganen erzielt wurden, legten den Gedanken nahe, ähnliches auch für die menschliche Blase zu versuchen. Sie mußte dazu mit einem undurchlässigen Material gefüllt werden. Es lag nahe, das von Credé eingeführte Argentum colloidale, das sich in Wasser leicht löst und nicht giftig ist, zu verwenden. Eine 10%ige Bismut subnitr.-Aufschwemmung (von Rieder zur Röntgenographie des Darmes benutzt) entspricht 1% Kollargol bezüglich Intensität der Schattenbildung. Um die photographischen Bilder möglichst deutlich zu machen, wurde eine 2%ige Kollargollösung (120—150 gr.) im körperwarmen Zustande durch Katheter in die Blase injiziert und darnach ein Röntgenogramm der Blasengegend mittelst mittelweicher Röhren mit Albers-Schönbergscher Blende gemacht.

Die Flüssigkeit wirkt nicht reizend oder ätzend, erzielte vielmehr Besserung bei einigen Fällen von Cystitis chronica.

Die Aufnahmen sind in liegender Stellung, von vorn nach hinten, gemacht; dabei zeichnet sich die Blase als dunkler, scharf konturierter Schatten in dem Rahmen des knöchernen Beckens ab. Die Blase gesunder junger Männer hat eine stumpfe, birnenförmige Gestalt mit breiter, nach oben gerichteter Basis und schlanker, nach unten stehender Spitze; annähernd dieselbe Form wurde bei gesunden Frauen beobachtet, nur ist der untere Teil der Blase weniger verjüngt.

Bei Prostatahypertrophien fand man in 5 Fällen die Blase nach unten nicht spitz zulaufend, sondern breit abgerundet, die den Harnblasen Mehrgebärender eigenen Assymetrien sind deutlich ausgeprägt usw.

Durch die Anwendung der Röntgenographie können nicht nur Aufschlüsse pathologischer Art geliefert werden, sondern auch Entscheidungen schwebender Fragen der Anatomie und Physiologie. **Steiner-Mannheim.**

Nathan Jacobson (Syracuse N. Y.): Abdominal nephrectomy with illustrative cases. (Medical News, 22. IV. 05.)

An der Hand von 4 Krankengeschichten hebt Verf. die Vorzüge der abdominalen vor der lumbalen Nephrectomie hervor, und zwar empfiehlt er die erstere in den Fällen anzuwenden, wo es sich um große Nierentumoren und um ausgedehnte Verwachsungen handelt. Daß J. sich von der Anwesenheit beider Nieren am besten vom Bauchschnitt aus orientiert, könnte ihm bei der Beurteilung der Funktionstüchtigkeit der zweiten Niere einmal verhängnisvoll werden, und wir raten ihm, sich über den Wert der funktionellen Nierendiagnostik auch praktisch zu informieren und sich nicht damit zu bescheiden, daß der Katheterismus der Ureteren nur von wenigen Leuten richtig ausgeführt werden kann. (Ref.) **Blaneck-Potsdam.**

George Ryerson Fowler (Brooklyn): The technic of perineal prostatectomy. (Medical News, 18. III. 1905).

In dem kurzen Artikel hebt Verf. in prägnanter Weise die Vorzüge der perinealen Prostatectomie vor der suprapubischen hervor und schildert kurz

sein Operationsverfahren. Daß bei Vergrösserung des Mittellappens der suprapubische Weg leichter zum Ziel führt, hätte F. nicht verschweigen sollen. Zur Zeit, wo die Prostatectomie die bevorzugteste Operation zu werden scheint, dürfte es u. E. nicht unangebracht sein, unter Hinweis auf die günstigen Erfolge auch anderer Maßnahmen, z. B. der rein palliativen, vor einem „furor operativus" zu warnen: in der Auswahl des für den einzelnen Fall bestgeeigneten Verfahrens zeigt sich der Meister. Hierin stimmen wir ganz mit Goebell (Die Deutsche Klinik a. E. d. z. J., 146. Lieferung) überein. (Ref.) **Blanck**-Potsdam.

James Alexander Miller (New York): Nephritis complicating Mumps (Medical News, 1. IV. 05).

Ein interessanter Fall von Nephritis bei Mumps veranlaßt Verf., die Litteratur durchzusehen. Es finden sich nur 30 derartige Fälle verzeichnet, während passagere, febrile Albuminurie oft beobachtet wird. Folgende Schlüsse zieht Verf.:

1. Akute Nephritis als Komplikation von Mumps kann bei Kindern und Erwachsenen auftreten; sie findet sich häufiger beim Mann, als bei der Frau.

2. Die meist mild verlaufende Parotitis ist gewöhnlich doppelseitig, die Nephritis zeigt sich vorwiegend während der Frührekonvalescenz. Erkältung kann als praedisponierender Faktor in Frage kommen.

3. Die Nephritis ist gewöhnlich mäßig schwer, dauert weniger als eine Woche und geht in völlige Heilung aus. Selten geht sie ins chronische Stadium über oder führt in dem schwersten Falle zum Tode.

4. Diese Komplikation des Mumps ist selten, aber wahrscheinlich nicht so selten, als man gewöhnlich annimmt. Febrile Albuminurie findet sich beim Mumps wahrscheinlich sehr oft, aber wird, wie ernstere Nierenschädigungen, öfters übersehen.

5. Während der akuten Symptome und während der Rekonvalescenz sollten in allen Fällen von Mumps sorgfältige Harnuntersuchungen vorgenommen und der Kranke vor Erkältung geschützt werden. **Blanck**-Potsdam.

Winfield Ayres (New York): Lavage of the renal pelves in the treatment of Bright's disease (Medical News, 1. VII. 05).

Edebohl's Dekapsulation der Nieren folgt eine neue Behandlungsmethode der Bright'schen Krankheit mit Spülungen des Nierenbeckens. Verf. begründet in einem längerem Aufsatze, der auch einige Krankengeschichten enthält, diese neue Therapie mit der Möglichkeit, daß viele Nephritiden dunklen Ursprungs von einer früheren Pyelitis ihren Ausgangspunkt genommen haben können. Er hat bisher 46 Fälle von parenchymatöser Nephritis und 12 vorgeschrittene Fälle von Nephritis auf die Weise behandelt und beschreibt den „Modus procedendi". Sein Resumé lautet:

1. Man hat der Möglichkeit, daß ein großer Prozentsatz der Fälle von chronischer Nephritis dunklen Ursprungs in Wirklichkeit auf einer Propagation der Entzündung vom Nierenbecken beruht, zu geringe Bedeutung beigemessen.

2. Spülungen der Nierenbecken eignen sich nur für ausgesuchte Fälle von Nephritis.

3. Spülungen der Nierenbecken werden sicher eine beginnende Nephritis heilen, die ihren Ausgang von einer Entzündung der Pelves nimmt.

4. Bei subchronischer und chronischer parenchymatöser Nephritis werden Nierenbeckenspülungen den Fortschritt der Krankheit hemmen und den allgemeinen Zustand des Kranken merklich bessern, aber nur dann, wenn noch keine Nierenschrumpfung eingetreten ist.

5. Wenn die Spülungen durch jemanden vorgenommen werden, welcher in der Technik noch nicht geschult ist, so können sie möglicherweise den Zustand der Nieren nicht bessern und eher schaden. **Blanck**-Potsdam.

Hermann G. Klotz (New York): Intramuscular injections of insoluble preparations of mercury in syphilis. (Medical News, 29. IV. 05).

In Amerika hat sich die Behandlung der Syphilis mit Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze noch immer nicht eingebürgert. Verf. bricht auf Grund seiner reichen Erfahrungen eine Lanze für diese Methode und setzt die Vorzüge in dem lesenswerten Artikel auseinander. Neues bringt er nicht. **Blanck**-Potsdam.

Jacob Sobel (New York): A case of syphilitic pseudoparalysis. (Medical News, 29. IV. 05).

Der Pseudoparalyse des drei Wochen alten Kindes lag eine „osteochondritis epiphysaria luetica" zu Grunde. Anfangs war die Deutung der Pseudoparalyse nicht möglich, die Aetiologie wurde erst klar, als deutliche Symptome hereditärer Lues in die Erscheinung traten. Die spezifische Therapie führte zur Heilung. **Blanck**-Potsdam.

John Funke (Philadelphia): Syphilis of the liver, sclerogummatous type (Medical News, 8. VII. 05).

Beschreibung des pathologisch-anatomischen Befundes bei einem Fall von Lebersyphilis; es handelt sich um die seltene Mischform von diffuser Hepatitis mit Gummi, wie sie schon Virchow beschrieben hat. **Blanck**-Potsdam.

C. Fraenkel: Über das Vorkommen der „Spirochaete pallida" bei Syphilis. (Münch. med. Wochsch. 1905, Nr. 24.)

Das Untersuchungsmaterial bestand aus einer Reihe von frisch herausgeschnittenen syphilitischen und sonstigen Primäraffekten, dem Saft bez. Inhalt aus geschwollenen Lymphdrüsen, einer luetischen „Papel ad anum" und aus einem Falle, den nicht syphilitische, spitze Condylome lieferte. In 6 Fällen gelang es Fraenkel, die Spirillen nachzuweisen, bei den spitzen Condylomen ihre Fehler zu konstatieren. Fr. kommt zu dem Resultat, die „Spirochaete pallida" als Ursache der Syphilis anzusehen. **Steiner**-Mannheim.

Bandi und Simonelli: Über die Anwesenheit der „Spirochaete pallida" in sekundär syphilitischen Manifestationen und über die zu

ihrem Nachweis angewendeten Färbungsmethoden. (Münch. med. Wochenschr. 1905, Nr. 35.)

Außer am Grunde von perianalen und Schleimhautplatten des Mundes und der großen Lefze, fanden Verf. die Sp. in einem Falle in dem aus einem erythematösen Flecke entnommenen Blute. In den, dem Grunde von Schleim hautplatten entnommenen Material fanden Verf. zweimal spärliche, körniges Protoplasma aufweisende Zellen, die mit blassen Sp. angefüllt waren, welchem Befunde sie die Bedeutung eines wirklichen Zellenparasitismus beimessen.

Außer den Giemsa'schen wurde die Universalfärbung, die Ziehl'sche Flüssigkeit und die alkoholischen Lösungen der Anilinfarben angewandt, wobei sich die Elemente rascher und intensiver färbten. **Steiner-Mannheim.**

Andrew H. Smith (New-York): The prophylactic value of normal marriage. (Medical News 24. VI. 05).

Verf. ist ein begeisterter Lobredner einer gesunden Ehe. Seinen von hohen Idealen getragenen Ausführungen wünschen wir die verdiente Beachtung und eineu vollen Erfolg. Uns möchte es scheinen, daß sie auf solchen mehr rechnen könnten, wenn sie an einer Stelle publiziert würden, die nicht nur Aerzten zugänglich ist. **Blanck**-Potsdam.

E. L. Keyes (New-York): The need of sexual education. (Medical News 24. VI. 05)

In beredten Worten betont Verf. die Notwendigkeit einer richtigen sexuellen Erziehung. Die „Society of Moral and Social prophylaxis" hat es unternommen, gerade hierin aufklärend zu wirken. K. bittet, die Bestrebungen dieser Gesellschaft zu unterstützen; wir schließen uns dieser Bitte für alle amerikanischen Leser dieser Zeitschrift an; wir Deutsche verfolgen in der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten u. a. ähnliche Zwecke. **Blanck**-Potsdam.

E. L. Keyes (New-York): The sexual necessity. (Medical News 8. VII. 1905).

In dem Vortrage, welchen der Verf. vor der „American Society of Sanct ary and Moral Prophylaxis" hielt, tritt er mit warmer Begeisterung für die keusche Erziehung der männlichen Jugend ein und weist die vermeintlichen Gesundheitsschädigungen infolge sexueller Abstinenz als Irrlehren zurück. Wir stimmen ihm voll und ganz bei. **Blanck**-Potsdam.

III. Besprechungen.

Jessner: Die Syphilide (Syphilis der Haut- und Schleimhaut). II. Teil: **Therapie.** (Dermatol. Vorträge für Praktiker. Heft 12. Würzburg, A. Stuber's Verlag 1904. Mk. 1.20.)

Das kleine Werk enthält naturgemäß mehr die Behandlung der Syphilis im allgemeinen, als die spezielle der Haut- und Schleimhautsyphilis. Es ist in präzisem, fließendem, leicht faßlichem Stil geschrieben und umfaßt alles,

was praktisch von Wichtigkeit ist. Quecksilber und Jod bilden die wesentlichen Waffen im Kampfe gegen die Syphilis. Insbesondere wird dem Standpunkt des Antimerkurialismus entgegengetreten. Eine verständige Handhabung des Hg schließt schädliche Einflüsse desselben so gut wie aus. Ein Specificum in dem Sinne, daß die Mittel die Ursache der Krankheit dauernd beseitigen — unter Verhütung von Rückfällen — ist weder Quecksilber noch Jod. Wohl aber beseitigen sie in den meisten Fällen mit auffallender Exaktheit die ersten und die recidivierenden syphilitischen Symptome. Der Autor bespricht alsdann die Anwendungsweise der Mittel zunächst, die verschiedenen Methoden der Quecksilbertherapie (die interne, perkutane und subkutane resp. intramuskuläre und intravenöse Methode). Er führt dabei die brauchbarsten Rezepte auf und geht genau auf die Applikationsweise ein. Auch derjenige, welcher sich intimer mit der Behandlung der Syphilis zu beschäftigen hat, wird manchen praktischen Wink finden können. Anschließend an die Besprechung der einzelnen Methoden werden deren Nachteile und Nebenwirkungen im speziellen betont. Das nächste Kapitel behandelt die Nebenwirkungen des Quecksilbers im allgemeinen, die Idiosynkrasie gegen das Mittel in jeder Form, die Stomatitis mercurialis, Enteritis, Neuritis, merkuriellen Exantheme (lokaler und resorptiver Art), Kachexie. Daran schließt sich eine Kritik der Quecksilberbehandlungsmethoden, ihre Vor- und Nachteile und die Indikation ihrer Anwendung. Was beinahe jeder Behandlungsform, besonders aber den wirksamen, abgeht, ist die genaue Dosierung. Wir können die Menge des resorbierten Hg kaum schätzen. Besonderen Wert lege ich für manche Fälle (Kinder, kachektische schwächliche Personen) mit dem Autor auf die mild wirkende Anwendung von Sublimatbädern. Nicht einverstanden bin ich mit dem nahezu ablehnenden Standpunkt gegen die intramuskuläre Applikation unlöslicher Salze. Es sind mir viele Patienten begegnet, die behaupten, daß Sublimatinjektionen mindestens so schmerzhaft sind, wie das unlösliche Salz, welches nachher angewandt wurde (meist Hg salicyl). Bei den nötigen Cautelen kann man resorptive Erscheinungen (Embolie) vermeiden. Kumulative Resorptionswirkung habe ich so gut wie nie gesehen. Mit Infiltraten antworten nur einige wenige Patienten, bei denen man dann allerdings unter Umständen zu anderen Methoden greifen muß. Deshalb ist der Schlußsatz, man solle sich nicht an eine Methode binden, durchaus zu beherzigen. Die diätetisch-hygienischen Vorschriften während der Hg kur beziehen sich auf das allgemeine Verhalten, auf die Mundpflege, auf die Kost. Letztere soll Darm und Nieren nicht reizen. Der Autor empfiehlt bei schwerer merkurieller Stomatitis unter anderem interne Anwendung von kal. chloric. Mit dieser Empfehlung kann ich mich nicht recht befreunden. Kal. chloric ist unter Umständen ein heimtückisches Blutgift, das auch kumulative Wirkung entfalten kann. Den fanatischen Rauchern kommt J. entgegen, indem er ihnen unter Widerruf das Rauchen erlaubt. Kürzer wird das Jod abgehandelt. Es werden die Präparate und deren Anwendung (J k. J Na, J Rub, Tinct. Jod., Jodalbacid, Jodergon und Jodipin) Sir. ferr. jodat, Jodferratose erwähnt. Es werden die Nebenwirkungen und deren Vermeidung geschildert. Jod wendet Verf. in der Weise an, daß er einer Hg behandlung Jodgebrauch ergänzend nachfolgen läßt. Die sonstigen Heilverfahren gegen Syphilis, Zittmann'sche

Kur, Hydropathie und Schwefelbäder können nur in Ergänzung einer Hg-Kur in Betracht kommen. Die Schwefelbadkurorte haben natürlich keinen spezifischen Zweck, sondern nur den Vorzug, daß sie spezialistische Ärzte und Institutionen haben. Eine kausale Syphilisserumbehandlung kommt zur Zeit nicht in Frage. Bezüglich der Methodik der Syphilisbehandlung ist J. Anhänger der chronisch-intermittierenden Kur im Sinne Fournier-Neißer's. Kurz und klar werden die Gründe der symptomatischen und intermittierenden Therapeuten auseinandergesetzt. Jessner verfährt so, daß er jeder Hg kur 3 Wochen Jodgebrauch nachschickt (macht ca. 9 Wochen), dann 17 Wochen pausiert und dann wieder Hg anwendet. Im ganzen wird das durch 3 Jahre fortgesetzt = 6 Kuren. Vor der Verheiratung muß noch eine Kur gemacht werden. Nach den 3 ersten Jahren läßt Verf. halbjährlich durch mehrere Wochen Jod nehmen. Die erste Kur darf erst nach Sicherung der Diagnose, nach Erscheinen der sekundären Symptome einsetzen. Spitalsbehandlung ist im allgemeinen nicht nötig, ist aber bei leichtsinnigen und heruntergekommenen Personen und bei beschränkten Wohnungsverhältnissen dringend angezeigt. Die örtliche Behandlung der Syphilide (Primäraffect, breite Condylome, ulceröse Syphilide, Schleimhauteruptionen) ist sehr kurz abgehandelt. Am Schlusse der wirklich empfehlenswerten Schrift wird die Frage des Ehekonsenses ventiliert. Die Forderungen des Autors sind: 4—5 Jahre post infectionem, ein ganzes von Recidiven freies Jahr und Vorausgehen gründlicher und an Zahl genügender Kuren. Auch dann darf man dem Patienten gegenüber die Prognose nicht absolut, sondern wahrscheinlich günstig stellen. **Tannhauser**-Stuttgart.

Jessner: Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung. (Dermatolog. Vorträge für Praktiker. Heft 1. Würzburg, A. Stuber's Verlag, Mk. 0.80.)

Die kleine Schrift behandelt ein wenig kultiviertes Gebiet der Dermatologie. Sie verdient um so mehr Beachtung, als sie, ohne die Wissenschaftlichkeit vermissen zu lassen, in der Tat dem Praktiker alles Wissenswerte in bündiger und klarer Sprache bietet. Nach kurzer Schilderung der Ursachen, des Wesens, der Semiotik, Prognose und Diagnose der einzelnen Formen des Haarausfalles (I. Alopecia der Jugend und des Alters = Al. adnata, senilis praematura, II. Alopecia seborrhoica, III. Al. areata, IV. Alopecia mycotica 1 trichophytica, 2 favosa, V. Alopecia symptomat. 1. aus lokalen Ursachen Trauma, Ulcera, Lupus eryth., Lupus vulgaris, Erysipel, Variola etc., 2. infolge von Allgemeinerkrankungen Infektionskrankheiten, Myxödem) wird die Therapie eingehend besprochen. Besonders in der Behandlung der Seborrhoe und der Alopecia areata findet man eine exakte Indikationsstellung der therapeutischen Maßnahmen. Sind im ganzen auch die sonst üblichen Mittel angeführt, hält sich der Verf. doch an die von ihm selbst geübten Methoden. Und diese werden genau beschrieben. Und das ist das Wichtige. Denn nicht das „Was", sondern das „Wie" ist die Hauptsache in der Behandlung des Haarschwunds. Dann kann man auf verschiedenen Wegen bei der nötigen Energie unerwartete Resultate erzielen. **Tannhauser**-Stuttgart.

Wilhelm Fischer: Die Prostitution, ihre Geschichte und ihre Beziehungen zum Verbrechen. (240 S. Stuttgart-Leipzig. Karl Daser.)

Unter diesem pseudowissenschaftlichen Titel verbirgt sich ein Machwerk bekannten Genres, dessen moralisierende Randbemerkungen wohl nur das Relief abgeben sollen zu den mit behaglichster Breite geschilderten Ereignissen aus der „chronique scandaleuse" der Jahrhunderte. Alle diese in jüngster Zeit so massenhaft zum Entstehen gelangte Elaborate sind ohne Zweifel unvermeidliche Blasen, die die verallgemeinerte Auffassung der Sexualethik und Sexualhygiene treibt, und also mit in den Kauf zu nehmen. Hoffentlich gelingt es, mit der fortschreitenden vertieften Erkenntnis der in Frage stehenden Probleme derartige Schmarotzerpflanzen auszuroden.

Marcuse-Mannheim.

Dr. med. Alfred Sternthal: Männersittlichkeit und Frauengesundheit. (Verlag von Wollermann in Braunschweig und Leipzig, 1904.)

So verschiedenartig auch die Vorschläge sein mögen, die eine Hebung der sexuellen Hygiene anstreben, in einem Punkte stimmen alle Parteien überein, in der Ueberzeugung nämlich, daß eine rationelle Aufklärung der Jugend eins der wirksamsten prophylaktischen Mittel ist. Es liegt auf der Hand, daß diese Aufklärung mit wissenschaftlichem Takt und sittlichem Ernst gehandhabt werden muß, wenn sie nicht mehr Schaden als Nutzen stiften soll. Leider ist unser Büchermarkt geradezu überschwemmt mit einer Schmutzlitteratur, die unter dem Deckmantel wissenschaftlicher Aufklärung nur verführend und verneinend auf die Gemüter wirkt. Mit um so größerer Freude begrüßen wir in obiger Broschüre eine Arbeit, die geeignet ist, als eine der besten Aufklärungsschriften in den weitesten Kreisen verbreitet zu werden. Sie verbindet mit gediegenen wissenschaftlichen Fachkenntnissen eine leichtverständliche Form, durch die sie auch dem nicht akademisch gebildeten Manne zugänglich gemacht wird. Sternthal wendet sich in dieser Schrift weniger an die eben geschlechtsreif gewordene Jugend, um sie in die Geheimnisse des Geschlechtslebens einzuführen, sondern spricht vielmehr zu der reiferen jungen Männerwelt, indem er ihr die Pflichten vor Augen hält, die sie als künftige Ehemänner und Väter hat. Er appelliert an ihr patriotisches Gewissen, wenn er schildert, wie durch den geschlechtskranken Mann ganze Familien durchseucht und die gesunde Fortentwickelung des Volkes in Frage gestellt wird und er bekämpft aufs lebhafteste den falschen Ehrbegriff, der in der Erwerbung einer venerischen Krankheit ein Zeichen männlicher Schneidigkeit erblickt und die leichtsinnige Weiter-Übertragung als kein Verbrechen betrachtet. Er bekämpft die Auffassung, in der sanitätspolizeilichen Untersuchung der Prostituierten eine Gewähr für die Gesundheit zu sehen und hält die geschlechtliche Enthaltsamkeit bei einem mäßigen, arbeitsamen Leben für durchaus unschädlich, ja sogar für notwendig bis zum 22. Jahre, wo der junge Mann erst seine volle Geschlechtsreife erlangt hat. Zum Schluß weist der Verfasser darauf hin, daß fast jeder Fall von Venerie durch eine sofortige und andauernde Behandlung zu heilen ist. Das Buch gehört also nicht in die Kategorie der Schriften, die durch Schwarzmalerei abschrecken wollen, sondern es will ein humaner Berater und Belehrer der Jugend sein und darum können wir es mit dem besten Gewissen empfehlen.

A. P.

SANATOGEN

wirksamstes Kräftigungsmittel
und
zuverlässiges Nerventonicum

Indiciert bei

Sexual-Neurasthenie

Impotenz, Syphilis und Quecksilber-Kachexien
sowie Erschöpfungszuständen aller Art.

Den Herren Aerzten Literatur und Proben gratis und franco
von **BAUER & Cie.**, Sanatogenwerke, **Berlin SW. 48.**

Unguentum Heyden

Salbe aus **Calomelol** zu **antisyphilitischen** Schmierkuren *(Neisser)*. Färbt weder Haut noch Wäsche. Leicht einreibbar (höchstens 15 Min.) Einzeldosis 6 g. — In graduierten Schieberöhren zu 30 und 60 g. Verordnung in Einzelpackungen wegen Subtilität der Salbe zu vermeiden.

Calomelol

(Kolloidales Kalomel.) Ersatz für Kalomel als innerliches **Antisyphilitikum** in Tabletten zu 0,01 g, als Streupulver auf **Schanker, syphilitische Geschwüre.** Weniger giftig als Kalomel.

Novargan

Reizlosestes Antigonorrhoikum unter den **Silberpräparaten.** Ueberlegene keimtötende Wirkung. Für Injektionen, 0,2—1%ige Lösung. — In **frischen Fällen** (zur Abortivbehandlung 1—3%ige Lösung (10 cm^3) zu Injektionen oder 15%ige Lösung (0,5 cm^3) zu Instillationen. — Lösung **kalt** bereiten; darf für Blasenspülung auf 40^0 erwärmt werden.

Xeroform

Bester Ersatz für Jodoform.
Eminent austrocknend, ungiftig, nicht reizend. Desodorisiert selbst jauchige Sekrete. **Spezifische** Wirkung bei **nässenden Ekzemen, Intertrigo, Ulcus cruris, Verbrennungen.**

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

(Jolles)

Eisen- und phosphorhaltiges Nähr- und Kräftigungsmittel.

Fersan in Pulverform.
Fersan in Pastillenform.

Jod-Fersan-Pastillen für Erwachsene
(in Original-Kartons zu 100 Stück).
Kal. jod. 0.05, Fersan 0.2.
D. S. 2mal tägl. je 3—6 Pastillen, je nach der Indikation.

Jod-Fersan-Schokolade-Kinder-Pastillen
(in Original-Kartons zu 50 Stück).
D. S. 2mal täglich je 2—4 Pastillen.

Fersanwerk Wien IX
Berggasse 17.

Erhältlich in allen Apotheken.

Den Herren Ärzten Literatur und Proben gratis und franko!

Sapolentum Hydrarg. Görner

zur farblosen Quecksilber-Schmierkur

ist in Gelatinekapseln dispensierte 33 1/3 % Quecksilbersalbe löst sich in Wasser.
Der Körperteil ist nach der Bearbeitung

farblos, sauber und geruchlos.

Bewährter Fortschritt!

Hauptvorzüge gegen Unguentum cinereum:
Unveränderliche Haltbarkeit und **Kontrolle des Masseurs.**
Ambulante Behandlung ohne Berufsstörung des Patienten.
Zuverlässige Wirkung, welche von Dr. Max Josef klinisch erprobt, in wissenschaftlichen Arbeiten besprochen und von Dr. A. Blaschko und vielen anderen Autoritäten lobend anerkannt ist.
(Derm. Centralbl. 1898 No. 6. Dtsch. Ärzte-Ztg. 1900 H. 8 und 1901 H. 2. Berl. klin. Wochenschr. 1900 No. 51 und 52. Lehrbuch d. Geschlechtskrankheiten, Dr. Max Joseph, III. Aufl. 1901).
Preis für 1 Schachtel mit je 10 Kapseln: à 3 gr. = 1.50, à 4 gr. = 1.75, à 5 gr. = 2 M., wie ungt. ciner. in Papier.
Zu beziehen durch alle Apotheken oder direkt von

Görner, Hofapotheker, Berlin W., Ansbacherstr. 8.

Kein Vehikel befördert die Resorption wie

VASOGEN

Jod-Vasogen
6 % u. 10 %.

Innerlich und äußerlich an Stelle von Jodkali und Jodtinktur. Schnelle Resorption, energische Wirkung; keine Nebenwirkungen; keine Reizung und Färbung der Haut.

30 gr. Mk. 1.—, 100 gr. Mk. 2.50.

Hg.-Vasogen-Salbe
33 1/3 % u. 50 %.

enthält das Hg. in feinster Verteilung, wird schnell und vollkommen resorbiert, daher kein Beschmutzen der Wäsche, unbegrenzt haltbar und billiger als Ung. ciner.

In Gelat.-Kaps. à 3, 4 u. 5 gr.

Da wertlose Nachahmungen vorhanden, bitten wir, stets unsere Original-Packung („Pearson") zu ordinieren.

Vasogenfabrik Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg.

Anthrasol.

Gereinigter, farbloser Teer.

Anthrasol ist ein leichtflüßiges, hellgelbes Öl mit spezifischem Teergeruch, wird schnell resorbiert und besitzt größere Tiefenwirkung als gewöhnlicher Teer. Anwendung: wie Steinkohlenteer bei Ekzem, Pruritus, Lichen, Scabies usw.

Literatur und Muster zu Diensten.

Knoll & Co., chemische Fabrik, Ludwigshafen a. Rh.

Neuartige Medikation.

Arhovin vorzüglichstes Präparat zur **internen** und **externen** Behandlung der **Gonorrhoe.**

Zuverlässigstes

Harn-Desinfiziens

da von **hoher, antibakterieller Wirkung.**

Wichtiges **Prophylaktikum** gegen

Gonorrhoische Gelenkentzündungen und **Endocarditiden.**

Kein Santal, Formaldehyd, Pflanzenextrakt, Salolpräparat etc., sondern **Additionsprodukt** des Diphenylamins und der Thymylbenzoesäure (esterifiziert); es stellt eine Flüssigkeit dar, die ihres kühlend brennenden Geschmackes wegen **nur in Gelatinekapseln eingenommen** werden kann. (Originalschachteln oder in einzelnen Dosen bequem zu verwenden.)

Arhovin ist in Wasser unlöslich, leicht löslich dagegen in Oel, weshalb es in **Oellösung** zu **Injektionen, Blasen-** und **Scheidenausspülungen mit Kakaoöl,** zu **Stäbchen, Vaginalkugeln, Wat tetampons** etc. verwendet wird.

Arhovin beseitigt schnell Schmerzen und Brennen, ruft nie Magenbeschwerden oder **Nierenreiz** hervor.

Indikationen:

Gonorrhoea
acuta et chronica
Cystitis gonorrhoica
acuta et chronica
Cystitis simpl.
acuta et chronica
Fluor albus
Harnsaure Diathese.
Metastatische Abszesse des Uterus und der Ovarien.

Besonders empfehlenswert bei Behandlung der
Gonorrhoe der Frauen

Literatur steht den Herren Aerzten zu Diensten.

Medikation:

Intern

Rp. **Arhovin** 0,25 in caps. gel. S. 3—6mal tgl. 1 Kapsel

Originalschachtel: 30 Stück à 0,25 gr. = 2 Mk. 50 Stück à 0,25 gr. = 3 Mk.

Extern

Rp. **Arhovin** 1—2 gr.
Ol. arachid. oder olivar. ad 100.
S. extern 2—4mal tgl. 1 Spritze, ev. Blasen- oder Scheidenausspülungen, ev. zum Tränken von Wattetampons für Vagina, Uterus etc. oder

Rp. **Arhovin** 0,05 gr.
Ol. cacao 1—2 gr.
f. bacill. dent. tal. dos. q. s. S. 2—4mal tgl. 1 Stäbchen einzuführen (für männl. u. weibl. Urethra) Originalschachtel 10 Stück **1.50** Mk., 20 Stück **2.50** Mk. oder

Rp. **Arhovin** 0,05—**0,1 gr.**
Ol. cacao 1—2 gr.
f. globul. dent. tal. dos. q. s. S. 2—4mal tgl. ein Stück einzuführen (f. d. vag.). Originalschachtel 10 St. **1.50** Mk., 20 St. **2.50** Mk.

Chemisches Institut **Dr. Horowitz, Berlin N. 24.**

Liquidum: Zum Aufpinseln. **„THIOL“** Sicc. pulv.: Zum Aufstreuen.

Hervorrag. Heilmittel d. **Dermato-Therapie.** Vorzügl. bewährt bei: **Acne, Dermatitis, Eczemen, Erysipel, Erythemen, Herpes, Impetigo, Intertrigo, Pemphigus, Pityriasis, Prurigo, Pruritus, Psoriasis, Rosacea, Sycosis, Urticaria, Varicen** usw.

Nach den Untersuchungen in der dermatologischen Universitätsklinik Berlin kommen dem „THIOL“ als hervorragende Eigenschaft eine **wasserentziehende, keratoplastische, gefäßverengende und leicht antiseptische** Wirkung zu.

Bei Verbrennungen von unübertroffener Heilwirkung. Seit 15 Jahren in zahlreichen Krankenhäusern und ausgedehnter ärztlicher Praxis ständig angewendet.

THIOL ist völlig frei von unangenehmem Geruch, im Wasser leicht löslich und läßt sich aus der Wäsche leicht entfernen.

Literatur zu Diensten. **J. D. Riedel Aktiengesellsch., Berlin N. 39,** Chem. Fabriken.

Eine medizinische Novität,

die in ärztlichen Kreisen Aufsehen erregte und von der gesamten Fachpresse eingehend beurteilt wurde, ist:

Darf der Arzt zum ausserehelichen Geschlechtsverkehr raten? Von Dr. med. **Max Marcuse,** Spezialarzt für Dermatologie in **Berlin.** Preis **M. 1.50.**

Verlag der Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.
W. Malende in Leipzig.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Mitinum purum.

Eine überfettete
Emulsion mit hohem Gehalt
an serumartiger Flüssigkeit.

Basis
für

Salben u. Pasten.

Dr. Jessner's Mitin-präparate

Fabrikanten:
Chemische Fabrik
Krewel & Co.
G. m. b. H.
Cöln a. Rh.

Literatur
und Proben auf
Wunsch.

Mitinum cosmeticum
(Mitincream)

Geschmeidig, spielend leicht in die Haut eindringend, fein parfümiert. Zur Einfettung und Reinigung der Haut. Vorzügliches Kühlmittel.

Kassenpackung:
Büchse à 25 Gramm:
25 Pfg.

Pasta Mitini
(Mitinpaste)

Beim Verstreichen hautfarbig. **Rein** statt Zinkpaste etc. bei allen leichten Entzündungsprozessen der Haut. Zum Schutze empfindlicher Hände. **Basis** für alle in Pastenform verordnete Medikamente.

Kassenpackung:
Büchse à 20 Gramm
25 Pfg.

Mitinum mercuriale
(Mitin Hydrargyrum)

33⅓% Hydrargyrum vivum.
Wenig färbend, in
5 Minuten zu verreiben.
Sehr wirksam.

Kassenpackung:
Glasröhre à 30 Gramm:
70 Pfg.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig. — Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—) Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 31.

Heft 10. **Oktober 1905.** Jahrgang II.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten:

1. *Dr. M. A. Stern:* „Über sexuelle Neurasthenie". (Schluß.)
2. *Dr. Freiherr von Notthafft-München:* „77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Meran vom 24.—30. September 1905."
3. *Dr. med. Wilhelm-Hammer-Berlin:* „Zu den Ausführungen des Herrn Dr. Freiherrn von Notthafft-München" (in Heft 6 u. 8 der Monatsschrift).
4. *Dr. Freiherr von Notthafft-München:* „Schlußwort zu der Erwiderung des Herrn Dr. Hammer-Berlin."
5. *Dr. Robert Lucke-Magdeburg:* „Die Lokalanaesthesie in Blase und Harnröhre."
6. *Dr. M. P. Manassein-St. Petersburg:* „Beiträge zur Geschichte der Dermato- und Venerologie." Übersetzt von *Dr. Otto Steinborn-Thorn.*

II. Referate:

1. *O. Orth:* „Kongenitale Lage und Bildungsanomalie der linken Niere."
2. *H. Künzel:* „Über die Ausscheidung des Chlors und des Stickstoffs bei Nephritis."
3. *Luigi Ferranuini:* „Über die Wirkungen subkutaner Kochsalzinfusionen bei Nephritis mit Rücksicht auf die neueren Theorien über den Wert des Kochsalzes bei den Krankheiten der Nieren."
4. *Leopold Thumim-Berlin:* „Pathogenese, Symptomatologie und Diagnose der Mündungsanomalien einfacher und überzähliger Ureteren beim Weibe."
5. *O. Elsässer:* „Über die Häufigkeit und die Bedeutung der isolierten primären Nebennierentuberkulose."
6. *Leopold Casper-Berlin:* „Zur Therapie der Blasengeschwülste."
7. *M. Mayer-Simmern:* „Intraperitonealer Blasenriß. Zerreißung und Abreißung des Bauchfells von der Blase."
8. *H. Füth:* „Über die Entstehung einer Blasenscheidenfistel durch Unfall."

9. *E. Rademacher:* „Hodenretention und Abdominaltumoren."
10. *C. Bötticher:* „Über die Becksche Methode der Hypospadie-Operation."
11. *Motz et Suarez:* „Des hémorrhagies spontanées de la prostata."
12. *Victor Frommer-Berlin:* „Neue Reaktion zum Nachweis von Aceton samt Bemerkungen über Acetonurie."
13. *H. Citron-Berlin:* „Über quantitative Bestimmung des Harnzuckers unter besonderer Berücksichtigung der jodometrischen Zuckerbestimmung."
14. *G. Köhler:* „Über Hydrurie und Diabetes bei Vögeln infolge von Piqûre."
15. *S. Abramow:* „Über die Veränderungen der Aorta bei Syphilis."
16. *Iwan Bloch-Berlin:* „Die Nachbehandlung der Syphilis."
17. *Julius Vogel-Berlin:* „Die Prophylaxe und Abortivbehandlung der Gonorrhoe."
18. *Bélisaire Narich-Smyrna:* „Blenorrhagie et irrigations d'eau chaude."
19. *Arthur Strauß-Barmen:* „Das Heroinum hydrochloricum als Anaphrodisiacum."

I. **Besprechungen:**

1. *H. Schade-Kiel:* „Die elektro-katalytische Kraft der Metalle."
2. *A. v. Poehl, Fürst v. Tarchanoff u. P. Wachs:* „Rationelle Organotherapie, mit Berücksichtigung der Urosemiologie."

I. Originalarbeiten.

Ueber sexuelle Neurasthenie.

Von **Dr. M. A. Stern.**

(Schluß.)

Verschiedene ökonomische Fragen und Familienangelegenheiten gewinnen die Oberhand über die Vernunft, die Patienten fahren nach wie vor fort, ihre Gesundheit durch abnormen geschlechtlichen Verkehr zu untergraben. Zweitens gibt es Frauen, denen Schwangerschaft und Geburt tatsächlich schädlich, bisweilen auch verhängnisvoll werden können, die sich aber trotzdem dem geschlechtlichen Verkehr nicht entziehen können, hierher gehören beispielsweise die Frauen, welche mit einem Herzfehler, Lungenschwindsucht, chronischer Nephritis behaftet sind, sowie Frauen mit engen und anderen pathologischen Becken usw. Schließlich ist es häufig wirklich schwer, den drängenden Bitten einer armen jungen Frau zu widerstehen, die schon über ein halbes Dutzend Kinder, eins nach dem anderen, bekommen hat und vollständig entkräftet ist. Solche Frauen sind zu allem bereit, um

nur keine Kinder mehr zu haben, und wenn sie vom Arzt zurückgewiesen werden, fallen sie in die Hände verschiedener Charlatane. Infolgedessen muß der Arzt, namentlich der Hausarzt, die verschiedenen antikonzeptionellen Mittel und deren Wert genau kennen. „Wenn die modernen Anomalien des sozialen Lebens, sagt Prof. Chrobak[20]), es dahin gebracht haben, daß man diese Frage vom politisch-ökonomischen Standpunkte aus betrachten muß — denn es bleibt nichts anderes übrig, als zwischen Vorbeugung der Konzeption und künstlichem Abort zu wählen —, so ist der Arzt verpflichtet, jede Prüderie von sich zu streifen, eine bestimmte Stellung zu dieser Frage zu nehmen und sich durch das Studium der ziemlich schmutzigen bezüglichen Literatur mit den Anschauungen des Publikums vertraut zu machen."

Antikonzeptionelle Mittel sind schon anscheinend im Altertum angewendet worden. Dies geht nach der Ansicht von Dr. Helbing[21]) aus der Sage von Minos und Pasifa, die in den Werken von Antonius liberalis (150 Jahre v. Chr.) enthalten ist, hervor. Der Samen des Minos soll nach der Sage Schlangen, Skorpione und Tausendfüßchen enthalten haben, und infolgedessen sollen sämtliche Frauen, die mit ihm geschlechtlichen Verkehr hatten, zugrunde gegangen sein. Als Minos die Pasifa geheiratet hatte, führte sich die letztere, um dem allgemeinen Schicksal zu entgehen, vor jedem Coitus in die Vagina eine Ziegenharnblase ein. Der erste schädliche Samen ergoß sich dann bei dem Coitus in die Blase, welche Pasifa dann entfernte. Der weitere Samen war normal, und Pasifa wurde auch normaliter schwanger.

Von den antikonzeptionellen Mitteln sind am meisten die folgenden im Gange.

Ausspritzungen post coitum mit einfachem Wasser oder unter Zusatz irgend einer Säure (Holzessig, Karbolsäure, Borsäure). Andere fügen Kuprum sulfuricum, Lysol, Sublimat, Chinin usw. hinzu. Die Ausspritzungen werden unmittelbar post coitum gemacht, jedoch vermögen diese keinen sicheren Schutz zu gewähren, so daß Schwangerschaft trotzdem häufig eintritt. Das Wasser muß stets warm sein, da kaltes Wasser, welches in diesem Falle auf die stark hyperämierten und erhitzten Genitalorgane einwirkt, zu Entzündung derselben führt.

Dann sind Scheidenkügelchen aus Kakao mit Zusatz von Chinin oder Karbolsäure im Gange. Zweckmäßiger sind die von P. Thimm zum Schutz der Frauen vor Gonorrhoeinfektion vorgeschlagenen Tabletten. Ihre Zusammensetzung ist folgende: Alsoli (Aluminis acetico-tartar.) 0,15, Chinin. muriat. 0,05, Ac. boric. 0,5, Ac. hydrochlor. conc.

0,001, Sacch. et min. massa q. s. ad pond. 1,85. Ein Tropfen Wasser bringt sie leicht in der Scheide zum Schmelzen.

D. M. Günzburg[22]) empfiehlt in seinem Aufsatz „Über die Gefährlichkeit der Schwangerschaft bei Herzfehlern, Tuberkulose usw." zur Verhütung der Schwangerschaft bei solchen Patientinnen: die Einführung in die Vagina — vor dem Coitus — eines in einer 3 % igen Lösung von Karbolsäure in Glyzerin getauchten Tampons. Dies ist jedoch meiner Meinung nach nicht ganz zweckmäßig, da selbst die geringste Karbolsäuremenge, auf die Öffnung der Harnröhre des Mannes gelangend, heftiges Brennen, bisweilen auch entzündliche Erscheinungen verursacht.

Dann werden „ante coitum" in die Vagina Schwämme eingeführt, die mit einer Lösung von aromatischem Essig getränkt sind. Es befinden sich sogar runde, mit einem Netz umgebene und mit einem Faden behufs nachträglicher Herausziehung versehene Schwämmchen im Handel. Jedoch sind diese infolge ihrer geringen Größe unzuverlässig, da sie in das eine der Scheidengewölbe gelangen und den Gebärmutterhals freilassen können. Zweckmäßiger sind weiche Schwämme, die in einer Lösung von aromatischem Essig in Wasser anschwellen und das „Orificium uteri" schließen.

Sehr häufig ist der Gebrauch des Condoms. Ricord hat diesen Gegenstand vollkommen richtig als „den Panzer gegen Wollust und Spinngewebe gegen Gefahr" bezeichnet, da derselbe die Empfindlichkeit der Glans penis herabgesetzt und den Coitus verlängert; um den Effekt zu beschleunigen, nimmt der Mann die Phantasie zur Hilfe, so daß dieselben Folgen wie bei der Onanie oder beim Coitus interruptus entstehen. Wenigstens versicherten meine Patienten, daß sie beim Gebrauch des Kondoms sich ebenso schlecht fühlten wie beim Coitus interruptus. Schließlich passiert es bei leichteren Sorten, daß sie zerreißen. Außerdem ist im Auge zu behalten, daß die Condome, wenn sie aus tierischen Membranen angefertigt werden, keineswegs einen sicheren Schutz gewähren, da Lott bewiesen hat, daß Spermatozoen auch durch tierische Membranen durchdringen können.

Ich habe schon oben erwähnt, daß wir Ärzte mit allen Mitteln den Bitten unserer Patientinnen ausweichen müssen; sind wir aber einmal in der Lage, nachgeben zu müssen, wie beispielsweise bei Frauen mit Herzfehlern, Nephritis usw., so ist das rationellste und unschädlichste Mittel das „Pessarium occlusivum", welches auf den Gebärmutterhals aufgesetzt wird, zu welchem Zwecke der Durchmesser der „Portio

vaginalis“ festgestellt werden muß. Am gebräuchlichsten sind die Occlusivpessare von Earlet und Hasse-Mensing. Einige sind mit einer Feder versehen. Leider oder richtiger glücklicherweise sind die Frauen nicht immer imstande, die Pessare in der richtigen Weise einzuführen. Ausführliches darüber ist in dem Aufsatz von Rohleder „Vorlesungen über Sexualtrieb und Leben des Menschen“ nachzulesen. Im Handel gibt es auch ein kleines Instrument zur Einführen der Pessare.

Wenn die Folgen des abnormen Geschlechtsverkehrs bereits vorhanden sind, so muß man den Patienten vor allem raten, sich eine zeitlang des geschlechtlichen Verkehrs überhaupt zu enthalten, und außerdem die Patienten wie sämtliche Neurastheniker behandeln; aufs Land, ins Gebirge schicken, forzierte Ernährung, Baden im Meere, Hydrotherapie, Elektrizität, Massage. Bei sexuellen Störungen wird der Psychrophor von Winternitz angewendet.

Von den Medikamenten haben sich in meiner Praxis bewährt: das Hommel'sche Hämatogen oder folgende Pillen: Ferr. bromat., Chinin. bromat. ana 4,0, Ac. arsenicos. 0,12, Extr. Valer. q. s. ut f. pillul. No. 60, 3—4 Pillen täglich. Dann kommen subkutane Injektionen von kakodylsaurem atron (0,1 pro Injektion) in Betracht. Bei sexuellen Störungen werden Phosphorpräparate (Zinkum phosphoratum) und Strychnin verordnet.

In äußersten Fällen, wie beispielsweise im 1. und 2., muß man zu subkutanen Morphiuminjektionen greifen, wobei man jedoch sehr vorsichtig zu Werke gehen muß, da Neurastheniker, wie ich aus meiner eigenen Erfahrung weiß, besonders leicht der Morphiumsucht verfallen.

Schlüsse.

1. In sämtlichen Kulturländern macht sich in der letzten Zeit das Bestreben geltend, so wenig wie möglich Kinder zu haben, welches Bestreben durch ökonomische und andere Momente bedingt ist.

2. Eines der am meisten verbreiteten Verfahren zur Erreichung dieses Zieles ist der sogenannte Coitus interruptus.

3. Der Coitus interruptus ruft sowohl beim Manne wie bei der Frau die verschiedensten nervösen Störungen hervor, deren Gesamtheit unter der Bezeichnung „sexuelle Neurasthenie“ bekannt ist.

4. Die Diagnose der sexuellen Neurasthenie ist bisweilen ziemlich schwierig, weil viele Symptome gleichen Symptomen gewisser organischer Erkrankungen ähnlich sind.

5. In Anbetracht dieser modernen Anomalie des sozialen Lebens

(Verringerung der Geburten), mit der man rechnen muß, muß der Arzt mit den Ursachen derselben sowie mit den Mitteln, die zu diesem Zwecke verwendet werden, vertraut sein.

6. Es gibt Fälle (Herzfehler, Nephritis usw.), in denen der Arzt gezwungen ist, ein antikonzeptionelles Mittel zu verordnen, um den sicheren Tod der Kranken zu verhüten.

Literatur.

20. Chrobak: Erkrankungen der weiblichen Genitalsphäre, S. 69.
21. Klinisch-Therap. Wochenschrift 1900.
22. Praktitscheski Wratsch. 1902, No. 50.

---

77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Meran vom 24.—30. September 1905.

Verhandlungen der 25. Abteilung: Dermatologie und Syphilidologie.

Von Dr. Freiherrn **von Notthaft-München.**

Im Vordergrund des Interesses für die diesjährigen Versammlungen standen (abgesehen von der nur die Internisten und Dermatologen interessierenden Pellagrafrage) die Controversen über die neupublizierten Syphiliserreger „Spirochaeta pallida" und „Cytoryctes luis".

Kraus, R. (Wien) sprach zuerst: „Über Ätiologie, Pathogenese und ätiologische Therapie der Syphilis." Er nahm die Spirochaeta pallida als die zweifellose Ursache der Syphilis an. Seine ausgedehnten Untersuchungen an Affen haben ihm dieselbe in Sklerosen, Papeln, sogar Gummen, constant bei syphilitischen Kindern finden lassen. Er konstatiert sie regelmäßig in den Sklerosen und Lymphdrüsen der infizierten Affen. Ihre Form wie ihr tinktorielles Verhalten sind ganz charakteristisch. Nur im Präputialsekret werden der Differenzialdiagnose durch Vorkommen ähnlicher Bilder Schwierigkeiten bereitet. Bei der experimentellen Affensyphilis, (nicht anthropoide Affen) konnten keine Sekundäreruptionen auf der Haut beobachtet werden. Es spricht schon dieses gegen die Nichtigkeit der Siegel'schen Beobachtungen, welcher sie nicht vermisste. Die Natur der Spirochaeten ist noch nicht sicher bestimmt. Vortragender konnte wohl Formen

finden, welche vielleicht als Involutionsbilder zu deuten waren, nicht aber Entwicklungsstadien. Die Vielgestaltigkeit der Syphilisbilder könne aber auch ohne Annahme einer Vielgestaltigkeit der Spirochaeten gedeutet werden; der syphilitische Organismus wirke auf äußere Reize ganz anders als der gesunde. Der Wert der neuen Entdeckung ist durch die Unmöglichkeit, die Spirochaeta zu kultivieren, leider begrenzt; ein Ersatz für die Kultur sei aber durch die Übertragbarkeit auf Affen gegeben. Beim Affen betrug die Inkubation 18—30 Tage; dann folgten Drüsenschwellungen und bei den anthropoiden Affen auch allgemeine Hauterscheinungen, während bei den nicht anthropoiden Affen solche fehlten. Der Primäraffekt verleiht auch dem Affen Immunität. Wie man durch Vaccinabeschickung der einen Cornea eines Kaninchen eine nur auf diese Cornea beschränkte Vaccineimmunität erzeugen könne, so erzeugt eine kutane Infektion der Affen mit Syphilis nach einiger Zeit nur eine Immunität der Haut, nicht der Cornea. Man kann also lokale Immunität hervorrufen. Der syphilitische Primäraffekt erzeuge ja auch Immunität der Haut (? Ref.), nicht des ganzen Körpers. Subcutane Immunisierung erzeuge bei Affen keine Immunisierung der Haut. Kraus hat endlich Menschen zuerst mit diluiertem, später mit konzentriertem Virus behandelt. Das Resultat läßt nur den Satz zu: Der syphilitische Prozeß wurde nicht ungünstig beeinflußt. In einigen Fällen waren nach Monaten nur Lymphdrüsenschwellungen da, in einigen fehlten nach Monaten auch diese. Unsere Behandlung der Syphilis setzte viel zu spät ein.

Finger. An der Finger'schen Klinik hat man gefunden, dass es außer der Pallida und Refringens noch eine große Anzahl von Spirochaeten gibt; so bei „Balanitis erosiva"; eine davon sei vielleicht die Erregerin der Syphilis. Man kann die Syphilis auch auf die nicht anthropoiden Affen überimpfen; man dürfe aber nicht erwarten, daß die Syphilis beim Affen die gleiche Erscheinungsreihe durchmachen müsse, wie beim Menschen. Auch beim Affen treten Erscheinungen auf, welche auf ein serpiginöses Weiterschreiten des Virus hindeuten; so konnte er serpiginöse Sekundäreffloreszenzen an der Stelle eines abgeheilten Impfschankers sehen; bei anderen Affen trat solches nicht auf. Auch bei'm Tiere ist die Empfänglichkeit eine ungemein schwankende. Finger wandte sich gegen die Behauptung von Kraus, daß Syphilis Hautimmunität erzeuge; der Körper werde nur immun gegen fremdes, nicht gegen eigenes Gift; aber auch ersteres sei „cum grano salis" zu verstehen. Man konnte auf der Finger'schen Klinik in einer

verhältnismäßig großen Anzahl von Fällen durch Impfung mit fremdem Virus im zweiten Stadium papulöse Infiltrate erzeugen.

Oppenheim teilt den „Optimismus" der Spirochaetenanhänger ebenfalls nicht. In 25 % der Sklerosenuntersuchungen (i. G. nur 20 F.) wurden Spirochaeten nicht gefunden. Von den untersuchten Fällen mit makulösen Efflorescenzen wiesen 15 negatives Ergebnis auf, 12 von den papulösen. 20 Blutuntersuchungen verliefen resultatlos, während die Spirochaeta in allen krustösen und pustulösen Formen gefunden wurde. In nässenden Papeln wurden 16 positive, 17 negative Befunde erhoben. 6 Gummen lieferten kein Resultat. Im Blute hereditär luetischer Kinder wurde nie etwas gefunden. Die Spirochaeten sind also ein inkonstanter Befund, sie kommen bei intakter Epidermis nicht vor; ihre Form ist verschieden; die Grenze zwischen „refringens" und „pallida" ist nicht aufrecht zu erhalten. Die Färbbarkeit ist keine spezifische, sondern erfolgt mit den meisten Farbstoffen; immerhin sei die Färbung mit Carbolgentianaviolett ein Fortschritt bezüglich Deutlichkeit und Raschheit. Alles dieses und der riesige Wechsel im Spirochaetenbefund bei gleichbleibenden klinischen Erscheinungen sprechen zu Ungunsten der Annahme von einer ursächlichen Bedeutung der Spirochaeta pallida. Es könne sich um einen konstanten Parasiten handeln.

Tomaczewsky hat in Gummen niemals Spirochäten gefunden.

Man muß oft wiederholt die Sekundäreffloreszenzen untersuchen, bis man Spirochäten findet. Der Befund ist eben sehr wechselnd, besonders in den Sklerosen. Man könne 10 Tage lang sich vergeblich bemühen, um am 11. Massen zu finden. Bei „Plaques muqueuses" und nässenden Papeln verhält es sich ähnlich. Man müsse also künftig sich zur Regel machen, immer mehrere Male zu untersuchen, wenn sich zuerst nichts findet. Die Spirochaeta sei von ätiologischer Bedeutung, denn bei den nichtinfektiösen Formen findet man die Pallida so gut wie nie, dagegen regelmäßig bei infektiösen Frühformen.

Merk hat nur mit lebendem Material gearbeitet. Er hat den Cytoryctes geradezu beschämend leicht im Blute der Syphilitiker finden können, auch in einem Falle tertiärer Syphilis; aber bei demselben Patienten war der Befund immer schwankend. Man sieht unter dem Mikroskop den Cytoryctes in einem oder vielen Exemplaren sich lebhaft zwischen den roten Blutkörperchen hinbewegen, Teilungen und „Sprossungen" ausführen. Die Form ist außerordentlich variabel; fast jeder Syphilisform entspräche eine besondere Form des Cytoryctes.

Er ist im Stadium I der Syphilis nicht vorhanden, tritt im Stadium II massenhaft auf und vermindert seine Zahl nach Merkurialisierung. (Redner zeigte mit unermüdlichem Entgegenkommen durch 3 Tage hindurch die höchst interessanten mikroskopischen Bilder lebender „Cytoryctes".)

Finger warnte wiederholt zur Vorsicht. Die Spirochäten- und Cytoryctesrolle sei noch gar nicht geklärt.

Spitzer hat bei Sklerosen ein einziges negatives Resultat gehabt; ebenso in nicht exulcerierten Papeln.

Rille betonte die außerordentliche Konstanz des Pallidabefundes. Mit Ausnahme der ersten fehlgeschlagenen Versuche, hat er in allen Fällen die Pallida gefunden. Die Merk'schen Körperchen sind nicht identisch mit denjenigen von Siegel, sondern mit denjenigen von Losdorffer vom Jahre 1900. Solche Dinge wie Merk habe er bei den verschiedensten Dermatosen im Blute gesehen.

Kraus erwiderte im Schlußwort, daß er nur an eine Immunität der Haut nach außen hin denke. Lokale Recidive progredienten Charakters (Finger) sind nicht zu verwechseln mit sekundären Erscheinungen, welche eben den Affen fehlen. Lokale Recidive kommen bei den Nichtanthropoiden sicher vor. Von einer Abschwächung des Virus kann man bis heute nur insoweit reden, als man lokal nach verschiedenen Passagen schwächere Erscheinungen gesehen hat. Der Cytoryctes sei kein sicher präcisiertes Gebilde. Er habe keine morphologischen Eigentümlichkeiten der Protozoen; es handle sich offenbar um Degenerationsformen. Der Einwand, daß man die Pallida nicht immer fände, sei hinfällig, da man ja auch andere Bakterien nicht immer finde.

Die Diskussion über „hie Pallida", „hie Cytoryctes" war damit nur vorläufig beendet; sie lebte am letzten Tage der Verhandlung nochmals auf, als über die Merk'schen Demonstrationen debattiert wurde. Man kann nicht sagen, daß hierdurch die Frage wesentlich geklärt wurde. Im Allgemeinen zeigte sich wohl die Neigung, die Spirochaeta als Ursache anzunehmen und in den Merk'schen Befunden eine interessante Demonstration eines Kunstproduktes oder einer Degenerationsform eines Gewebepartikels zu sehen. Von den beiden Hauptgegnern Merk und Kraus ließ der erstere die conciliante Form des gelehrten Debatters nie vermissen. Wir lassen diese Diskussion — der Übersichtlichkeit halber derjenigen über die „Spirochaeta pallida" — schon hier folgen:

Kraus: Die Körperchen von Merk sind nicht identisch mit dem

„Cytoryctes luis Siegel". Sie finden sich auch beim Gesunden; wenigstens hat sie Merk im eigenen gesunden Blute des Redners selbst zugeben müssen. Er verlange Kontrollversuche bei Gesunden.

Merk: Es könne mehrere Cytoryctesarten geben, von welchen einer der für Luiker bedeutungsvolle sei. Wer habe denn gesundes Blut? Nur einer, der nie geimpft worden ist und nie Infektionskrankheiten durchgemacht. Wo finde man aber solches Blut? Die Biskuitform, welche im Kraus'schen Blute gefunden worden ist, sei — zum Unterschied, wenn sie bei Luikern vorkommt — ganz besonders durch Beweglichkeit ausgezeichnet. Er fuße auf den Untersuchungen Siegels und halte dessen Färbungen für überzeugend. Für die Beziehungen von Lues und Cytoryctes sprächen: 1. Die entschiedene Vermehrung bei Ausbruch der Erscheinungen. 2. Die sonderbaren Formen im Blute des Tertiärsyphilitikers. 3. Die Sproßungsformen. Es handle sich um keine Kunstprodukte und um Eigen-, nicht Molekularbewegungen.

Rille hat die Siegel'schen Körperchen bei Siegel selbst gesehen. Sie unterschieden sich von den Merk'schen durch die Spärlichkeit ihres Vorkommens.

Finger: Die Resultate Siegels waren nicht vertrauenerweckend, besonders hinsichtlich der Tierversuche. Die Finger'schen Nachprüfungen fielen negativ aus. Die Frage Siegel darf als abgetan erachtet werden.

Delbanco hat ähnliche Körperchen wie Merk bei Leukämikern und nach Infektionskrankheiten gesehen. Auch die Lues sei eine Blutkrankheit, sodaß Veränderungen des Blutes nahe liegen. Die Rolle der Spirochaeta pallida sei noch nicht genügend festgestellt; die Formen sind nicht charakteristisch genug.

Grouven hat im Sklerosensekret einmal Körperchen wie Merk gefunden. Die Spirochaeten fand er vielfach bei Syphilis, nicht bei Nichtsyphilitikern. Die Untersuchungen sind bis heute noch nicht zahlreich genug, um ein abschliessendes Urteil zu gewähren.

Kraus: Die Bewegungen der Merk'schen Körperchen sind Molekularbewegungen, nicht Eigenbewegungen. Die Spirochaeten wurden beim Affen auch in den geschlossenen Efflorescenzen gefunden, sind also nicht constante Parasiten, welche in Syphilisprodukte nach Zerstörung der Hautdecke einwandern, wie ihr vorzugsweises Vorkommen bei nässenden Formen des Menschen andere Forscher annehmen ließ.

Finger machte aber darauf aufmerksam, daß was makroskopisch unlädiert ist, nicht unlädiert zu sein brauche. Auffallend sei es jeden-

falls, daß er die Spirochaeten in jungen Papeln nur spärlich und schwer, leichter dagegen in den älteren mit aufgeschilfertem Epithel finden konnte. Die Befunde von Kraus in den regionären Lymphdrüsen bewiesen nichts; denn diese seien überhanpt Bakterienfilter. Auf die Befunde in den übrigen Drüsen käme es an. Bezüglich dieser und des Blutes seien aber noch Untersuchungen nötig.

Kopp steht den Spirochaeten i. a. anerkennend gegenüber. Es hält ihn eigentlich nur das Resultat der Untersuchungen Klomenoclu's und Guber's vor unbedingter Zustimmung zurück. Diese haben von der Pallida nicht unterscheidbare Spirochaeten bei sicher nicht syphilitischen Affektionen gesehen. (? Ref.)

Auch Galewsky warnte vor voreiliger Festlegung der Meinung zu Gunsten der Spirochaeta, besonders mit Hinsicht auf die Praxis. Schon seien die ersten Patienten zu ihm gekommen, um ihr Blut auf Syphilis untersuchen zu lassen.

Müller (Metz) sprach über „Die venerischen Krankheiten in der Garnison Metz". Er nannte seinen Vortrag selbst einen „erstmaligen Versuch eines Nachweises der Leistungsfähigkeit der mikroskopischen Untersuchung bei der Prostituiertenkontrolle". Die Stadt Metz hat ganz besonders gelagerte Verhältnisse. Zivil und Militär zusammen ergibt hier etwa 44 000 unverheiratete Männer, welche ihre geschlechtlichen „Bedürfnisse" (sic ! Ref.) bei der Prostitution decken. Die Zwangsuntersuchung der Weiber ist durch die noch geltenden französischen Bestimmungen außerordentlich erleichtert. Beim 16. Korps, noch mehr bei der Garnison Metz, war daher früher der Prozentsatz der venerischen Krankheiten ein wesentlich höherer, als in der ganzen deutschen Armee (hier im Mittel etwa 27,8 $^0/_{00}$, dort 40,1 $^0/_{00}$). Seit dem Jahre 93/99 macht sich in der ganzen Armee, wie in Metz und beim 16. Armeekorps, ein Fallen der geschlechtlichen Erkrankungen bemerkbar, wofür sich eine genügende Erklärung bis heute nicht finden läßt. Solche Faktoren beeinflussen etwas die Kurven von Metz und vom 16. Armeekorps und müssen in Rechnung gezogen werden. Im Jahre 1897 ist nun in Metz die Gonokokkenuntersuchung bei den Dirnen eingeführt, im Jahre 1899 ist sie erheblich verschärft worden. Der Erfolg war, daß — während die Lueszahlen ziemlich gleich blieben —, die Gonorrhoeziffern ganz wesentlich sanken (von 25,6 $^0/_{00}$ im Jahre 95/96 auf etwa 12 $^0/_{00}$ im Jahre 1899/1900, eine Zahl, welche seitdem ungefähr die gleiche geblieben

ist). Die Morbiditätsziffer von Metz ist heute nicht nennenswert höher als in der gesamten deutschen Armee, diejenige des 16. Korps sogar geringer. Im gleichen Zeitraum war zwar auch bei den anderen Korps ein Fallen der Ziffern bemerklich, jedoch kein so eklatantes, wie in Metz. Müller nimmt eine ursächliche Beziehung zwischen Gonokokkenuntersuchung bei den Dirnen und Rückgang der Soldatenerkrankungen an. Auf die ganze deutsche Armee ausgerechnet, würde ein gleicher Erfolg an allen Garnisonsorten 2500 Gonorrhöen im Jahre weniger geben (? Ref.); hierdurch würden dem Staate 100000 Mark erspart, welche man zur Besoldung von mit der Gonokokkenuntersuchung zu betrauenden Ärzten verwenden könnte.

In der Diskussion bemerkte Schiff, daß es eben überhaupt Perioden gibt, in welchen Krankheiten seltener auftreten. Man könnte bei Nichtbeachtung dieser Tatsachen zu voreiligen Schlüssen kommen. In derselben Zeit, in welcher in der Metzer Garnison die Gonorrhoeziffern so wesentlich sanken, seien auch die anderen Geschlechtskrankheiten hier gesunken. (Dieser Einwand ist höchstens bezüglich der Zahlen des Ulcus molle, nicht der Lues, zutreffend. Ref.)

Finger, welcher auch das periodische Schwanken der Geschlechtskrankheiten betonte, wies doch ganz speziell auf die Wichtigkeit des aus den Müller'schen Zahlen ersichtlichen Constantbleibens des Prozentsatzes der Gonorrhoe nach einmal erfolgter Erniedrigung hin.

Galewsky: Von wesentlichem Einflusse ist überhaupt die Genauigkeit der Kontrolle. In Dresden, wie überall, wurde bei schärferer Kontrolle der Dirnen eine stärkere Zahl von Erkrankungen derselben festgestellt. Dadurch sinkt die Zahl der Erkrankungen beim Militär. Geht es dann besser, dann läßt die Strenge der Polizei nach; sofort sinkt auch scheinbar die Zahl der Dirnenerkrankungen und steigt die Zahl der lazarettkranken Soldaten. In Chemnitz und Riesa war der Prozentsatz, der beim 12. Armeekorps überhaupt sehr bedeutend ist, am höchsten; mit den Änderungen in der ärztlichen Kontrolle besserten sich sofort die Verhältnisse.

Müller sprach im Schlusswort die Anschauung aus, daß das Anschwellen und Abschwellen der Krankheitsziffern auch mit dem mehr oder minder starken Vorgehen der Polizei gegen die geheime Prostitution zusammenhänge.

Löw (Wien) hat Affen eine 2 % Collargollösung und Wismuthaufschwemmung in die Blase gebracht und mittels der Röntgendurch-

leuchtung nachgewiesen, was man schon lange weiß, daß für gewöhnlich der Sphincter internus der Verschlußmuskel der Blase ist, daß aber bei maximaler Füllung der prostatische Teil der Harnröhre in den Blasenteil mit eingezogen wird.

Spitzer (Wien) sprach über: Ätiologische Therapie der Syphilis. 15 Patienten wurden aktiv immunisiert. 46 % erhielten trotzdem ein typisches Exanthem, 2 hiervon haben das Exanthem nach 86 und 101 Tagen erhalten, 2 andere bei 12monatlicher Untersuchung nie ein Exanthem gezeigt, der eine hiervon bekam nach weiteren 6 Monaten Cubitaldrüsenschwellungen, der andere nach einigen Monaten Gaumensegelaffektionen und Papeln des Kopfes. In 27 % wurden nie Erscheinungen gesehen, es waren dieses vielmals gespritzte Leute. Unbeeinflußt sind also geblieben 46,6 %, verändert wurden im Verlauf 26,6 %, frei von Erscheinungen waren 27 %. Man kann also durch aktive Immunisierung die Lues verändern; daß man dieselbe dadurch ersparen könne, sei nicht zu behaupten. Die Reizerscheinungen sind nicht wesentlich. Brandweiner hat 7 Fälle so behandelt. Es kam Papel und Lymphdrüsenextrakt zur Verwertung. In keinem Falle ist das Exanthem ausgeblieben. Die gegenüberstehenden Beobachtungen Spitzers können auf irrtümliche Auffassung bezüglich des zu früh als solchen aufgefaßten Primäraffektes zurückzuführen sein.

Finger hat Affensklerosensaft mit dem Blute von Syphilis II und III gemischt und dennoch mit solchem Material noch positive Impfresultate erhalten. Daher seien dem Immunisierungsserum keine antibakteriellen Eigenschaften zuzuschreiben. Bei der Behandlung der Syphilis mit Affenserum hatte er nur negative Resultate. Sekundaria kommen eben oft sehr spät und werden gerne übersehen.

Spitzer erklärte, daß die Patienten unter beständiger Kontrolle gewesen seien, ein Übersehen also nicht möglich sei.

Kren hat auch 9 Fälle „immunisiert". Hiervon haben — trotz Serum — 8 Syphilis erhalten, 3 etwas verspätet, 3 nach 6 Wochen gruppierte Recidivroseola, 2 allgemeine Drüsenschwellung.

Risso und Copolliva (Genua): Unsere Resultate in der Serumtherapie der Syphilis. Die Autoren nahmen das Serum von Tieren, welchen sie das Blut von Syphilitikern in die Bauchhöhle eingespritzt hatten. Die Resultate mit Hundeserum waren weniger günstig, als diejenigen mit Ziegen- und Eselsserum. Die Wirksamkeit

ist keine vorübergehende, doch kommen Recidive vor. Das Quecksilber wirkt rascher. Das Serum kann aber noch wirksam sein, wo Quecksilber im Stiche läßt. Redner führte hierfür 2 sehr beweisende Fälle an. (Leider war der Vortrag des ausgezeichneten Gelehrten, welcher der deutschen Sprache bezüglich der Aussprache nur ungenügend mächtig ist, großenteils nicht verständlich, sodaß das Referat nicht erschöpfend ist. Es ist übrigens wohl den meisten Kongreßteilnehmern unbekannt geblieben, daß der Alto Aldige, das intransigente Irridentablatt Trients, die italienischen Gelehrten aufforderte, Meran zu meiden, um keinen Taktlosigkeiten (!) seitens der Meraner Versammlung ausgesetzt zu sein. Der Beifall, welchen der Vortragende gefunden, dürfte ihn darüber nicht im Unklaren gelassen haben, daß man sich auf deutschen Kongressen besser zu benehmen weiß, als auf gewissen ausländischen. Ref.)

---

v. Crippa referierte über seine günstigen Erfolge mit Einklatschungen einer neuen Quecksilbersalbe, Gynochrysma, welche mittels „oleum gynocardiae" hergestellt wird.

Delbanco (Hamburg) berichtete über einen Fall von Nebenhodengumma, das sich als primäre Syphilis der Scheidenhäute herausstellte. Die Nebenhodenkanälchen waren intakt.

Loeb (Mannheim): Die präventive Behandlung der Gonorrhoe bei der Frau. Er versteht hierunter eine Behandlung in Fällen, wo mit Sicherheit die Infektion anzunehmen ist, Gonokokken aber nicht gefunden werden. Dieses sei bei florid infizierten Ehemännern der Fall, welche trotzdem mit ihren Frauen cohabitiert hatten. 9 Beobachtungen. 6 mal war die Behandlung erfolgreich, 3 mal nicht. Einmal war noch in der 4. Woche der Gonorrhoe des Mannes Erfolg zu verzeichnen. Der 3. Tag nach dem Coitus sei der Tag, an welchem noch ein Erfolg zu erwarten wäre. Die Methode ist: Desinfektion der Vulva, Ausreibung der Urethra mit 10 % Protargol und Protargoltampon für 10 Min. in der Urethra, Auswaschen der Cervix mit Sublimat, Protargoltampon in der Schelde.

Siebert (München) hat mit einem anderen Verfahren an unverheirateten Liebespaaren mit wechselndem Erfolg gearbeitet.

v. Notthafft machte darauf aufmerksam, daß die Beweiskette Löb's, daß seine Methode wirksam sei, nicht geschlossen sei. Denn

jeder beschäftigte Urologe kenne eine erhebliche Anzahl von Fällen, wo Männer mit florider Gonorrhoe ihre Ehefrauen nicht infiziert haben, gleichviel aus welchem Grunde die Nichtinfektion erfolgt sei.

Müller (Metz) führt als solche Gründe „Coitus reservatus condommatus" und die geringere Empfänglichkeit älterer Scheiden an.

Vieth sprach Über die „Wirkungsweise der Balsamica." Er hat die verschiedenen Balsamica zerlegt: Sie bestehen alle aus Terpenen, Terpenalkoholen, Harzsäuren und Resenen. Die ersten beiden reizen am empfindlichsten, die Harzsäuren wirken abführend. Reizlos sind die Resene. Er hat auch die reinen Resene, besonders eine Salicylsantalolverbindung gegeben, welche fast geschmack- und geruchlos sind und gleichwie die unzerlegten Balsamica wirken. Die Wirkung der sämtlichen Balsamica ist diejenige von Adstringentien, was man aus der eiweißgerinnenden Eigenschaft des Balsamurins ersehen kann. Da die Stoffe sämtlich in die gleichen Endprodukte zerfallen, so kann man nur ihre Anfangswirkung beeinflussen.

Rille gibt dem Balsam-Copaivae noch immer den Vorzug. Das Terpentin sei ein ausgezeichnetes Hämostypticum.

---

v. Notthafft (München) demonstrierte:

1. Spülsonden für vordere und hintere Harnröhre, welche in verschiedenen Größen dargestellt werden und in geeigneten Fällen die Spüldehner zu ersetzen haben. Sie wirken wie diese, haben vor ihnen den Vorzug der Billigkeit, daß man sie auch praktischen Ärzten übergeben könne und daß sie wirklich die Drüsen ausspritzen. Die Flüssigkeit läuft in Rillen ab. — Fabrikant: Heynemann-Leipzig.

2. Große Oliven für Druckspülungen der vorderen Harnröhre mittels Irrigator, welche nicht, wie die bisher gebräuchlichen langschnabeligen Instrumente, den Druck der Flüssigkeit abschwächen. Eignen sich zur Selbstbehandlung.

3. Nadeln mit geschlossener Spitze und seitlichen Austrittsstellen zur gefahrloseren Injektion von Quecksilber und Öl. Diejenigen Embolien, welche durch Steckenbleiben der Nadelspitze gerade in der Wand des Gefäßes entstehen, werden dadurch vermieden.

4. Aseptische und hermetisch schließende Büchsen für je eine Nadel. Jeder Patient erhält seine eigene Büchse. Infektionen aller Art sind so ausgeschlossen. — Fabrikant von 2—4: Stiefenhofer-München.

Saalfeld (Berlin) hielt die Büchsen für umständlich; er hat einfach für jeden Patienten eine eigene Nadel.

Dommer (Dresden) fürchtete, daß die Öffnungen der Spülsonden zu klein seien.

Galewsky meinte, daß Embolien durch Vorsicht zu vermeiden seien und die neuen Nadeln gefährlicher seien, als die alten.

v. Notthafft erwiderte, daß die Büchsen nicht umständlich und sehr billig seien und daß das Saalfeld'sche Verfahren, von dem auch Vortragender ausgegangen, nicht genügend reinlich sei. Die Öffnungen der Spülsonden sind absichtlich klein; die Löcher genügen; die Reinigung geht leicht vonstatten. Der Einwand Galewskys beruhe auf Mißverständnis; die neuen Nadeln sollen nicht die alten Vorsichtsmaßregeln unnötig machen, sondern nur sie ergänzen. Im übrigen habe man nicht nur mit den vorsichtigen und kenntnisreichen Ärzten, sondern auch mit dem Gegenteil zu rechnen.

Dommer (Dresden) demonstrierte:

1. Spülkatheter für die Blase. Ein doppelläufiges Instrument, welches vor den bisherigen entschiedene Vorzüge hat. Es sei auf die Originalarbeit (Münchener medizinische Wochenschrift Nr. 26, 1904) hingewiesen!

2. Urethrotom zur Behandlung weiter Strikturen. Hierbei ist ein Urethrotom mit einem Dehner verbunden.

Rudnik (Salzerbad) sprach über Wasseranwendungen bei Syphilisfällen, die gegen Quecksilber refraktär sind. Der Inhalt des Vortrages ist, soweit man hier von einem Inhalte sprechen konnte, aus dem Titel der Arbeit ersichtlich.

Die Kongreßverhandlungen dieser Sektion schlossen am 28. IX. 05 mittags. Die Beteiligung war rege. Einen Wunsch hätten wir: Die Versammlungen deutscher Ärzte und Naturforscher sind in der Zeit des Idealismus und der Romantik gegründet. Damals dachte man nicht daran, daß einmal Leute kämen, für welche die Wissenschaft Reklamemittel sein könne. Die Zeiten haben sich geändert. Man wird sich damit noch abfinden müssen, wenn irgend ein Arzt einen jammervollen Vortrag hält, der nur zum Zweck der Publikation in den heimischen Tagesblättern gehalten wird. Wenn aber Leute, welche daheim täglich in der Presse annoncieren und wegen standesunwürdigen Verhaltens aus den heimischen Ärztevereinen ausgeschlossen sind, auf

dem Kongresse zum Worte kommen können, so ist das eine Demütigung für die betreffende Sektion, für die mitanwesenden Ortskollegen des Annonceurs, für die Wissenschaft und eine Gefährdung für das Ansehen der Versammlung. In unserer Sektion ist tatsächlich ein typischer Annonceur zum Worte gekommen. Die Vorstandschaft ist machtlos, da die Statuten keine Handhabe bieten. Vielleicht tragen diese Zeilen etwas dazu bei, daß eine einschlägige Statutenänderung vorgenommen wird, welche den Sektionsvorständen die Möglichkeit gibt, unliebsame Elemente auszuschließen.

Zu den Ausführungen des Herrn Dr. Freiherrn von Notthafft-München

in Heft 6 und 8 dieser Zeitschrift.

(„Ein Fall von Verschleppung eines 14jährigen Mädchens in ein reichsdeutsches Bordell").

Von Dr. med. **Wilhelm Hammer-Berlin.**

Der Aufforderung des Herrn Dr. med. Ries, mich, wenn ich wolle, nochmals zu diesem Falle zu äußern, komme ich gern nach.

Zu 1: Der Umformung des alten Satzes durch Herrn Dr. von Notthaft stimme ich zu.

Zu 2: Das Mädchen wurde von mir nicht „als von einer Behörde" vernommen, suchte mein Mitleid auch gar nicht zu wecken, wollte nichts vom Stift und von Bekehrungen wissen, sondern ging auf meinen Wunsch, mir die Lebensgeschichte mitzuteilen, gern ein, nachdem ich das gleiche Verfahren, das ich bei Aufnahme von mehr als hundert Lebensgeschichten beobachtet habe, auch hier zur Anwendung gebracht hatte.

„Wenn Sie mir nichts sagen wollen, so ist die Behandlung genau die gleiche wie dann, wenn Sie mir Ihre Lebensgeschichte erzählen. Sie sind nicht verpflichtet, meine Fragen zu beantworten. Aber um eins bitte ich Sie. Wenn Sie mir Auskunft geben, sagen Sie mir, bitte, die Wahrheit, aus der Ihnen niemals Unannehmlichkeiten durch mich erwachsen werden. Wie Sie die Auskunft über alle Fragen verweigern können, so können Sie auch die Beantwortung jeder einzelnen

Frage ablehnen. Auskunftverweigerung ist mir lieber, als eine falsche Auskunft. Wollen Sie aussagen?"

Dann wandte ich noch weiter Prüfmittel an. Ich vernahm z. B. ein Mädchen im Verlauf mehrerer Monate zweimal. Wenn bei plötzlicher Fragestellung über einzelne Punkte ganz die gleichen Antworten gegeben werden, so spricht die Wahrscheinlichkeit für Richtigkeit der Darstellung. Im Falle Schmidt stimmten alle geprüften Angaben.

Die Eisenbahnzüge gehen in der geschilderten Weise. Die Bordellstraße liegt links von dem richtig angegebenen Bahnhof. Die Tanzlokale der Bordellstadt sind richtig angegeben. Das Datum der Einlieferung in das Berliner Krankenhaus stimmte und das merkwürdigste war, daß eine ganze Reihe von Mädchen die gleichen Angaben über die Wegnahme der Kleider in Bordellen machte. Die Schmidt spielte nicht die gekränkte Unschuld, sondern gab zu, daß sie ein schlechtes Gewissen gehabt. Sie gab zu, daß sie in Berlin auf den Strich ging, sich keine Arbeit suchte, sagte ausdrücklich, daß sie ohne Trunkenheit den 1. Verkehr habe abwarten wollen. Unter diesen Umständen halte ich die Darstellung für zutreffend.

Die Frage, ob mit 14 Jahren ein sogenannt anständiges Mädchen einmal im Bordell unter den Anschauungen der Dirnenwelt der Versuchung widerstehen würde, lasse ich dahingestellt.

Wenn man die Wahrhaftigkeit der ganzen Schilderung annimmt, so ist „Verschleppung, Deflorierung im Bordell, Äußerung des Arztes" nicht einfach als Fabelei abzutun. Gerade der vielfach vorzügliche Kommentar des Dr. Freiherrn von Notthafft zeigt, daß die ganze Darstellung in gutem Einklang steht mit dem, was wir sonst von Dirnen wissen. Einzelne Züge auszumerzen, die in allen Einzelheiten geschilderten Szenen als Phantasieen zu bezeichnen, liegt m. E. kein Grund vor.

In den Krankengeschichten fand ich folgendes, das ich hier nachtragen will:

Angeblich gesund bis zum 14. Jahre.

Mit 15 Jahren: Menstruation fehlt noch.
58 Tage krank im Dirnenkrankenhause wegen Syphilis und Tripper.
2 Monate Veitstanz.
8 Tage Freiheit.
47 Tage geringer Ausfluß. Dirnenkrankenhaus.

Mit 16 Jahren: Monatsregel tritt zum ersten Mal auf.
Syphilitische Halsentzündung: 42 Tage Dirnenkrankenhaus.
13 Tage Freiheit.
3 Tage Dirnenkrankenhaus ohne nachweisbare Erkrankung.
130 Tage Freiheit.
63 Tage Syphilisbehandlung.
Freiheit.

Mit 17 Jahren: 40 Tage Syphilis- und Tripperbehandlung.

Mit 19 Jahren: Wohnungslos. Seit Entlassung wörtlich nach Angabe des Mädchens: Pyometritis, Salpingitis, Endometritis.

Wegen Ausflusses: 120 Tage Dirnenkrankenhaus.
Erziehungshaft. Aufnahme der Lebensgeschichte.

Nach dreimonatlicher Gesundheit: abermalige Einlieferung ins Krankenhaus.

Bestätigung aller Einzelheiten der Lebensgeschichte. Angabe genau der gleichen Daten bis in die Einzelheiten.

In Zwischenzeit: trotz Erziehungshaft auf den Strich gegangen, dann 82 Tage Behandlung wegen Ausflusses.

Ungeheilt aus Erziehungshaft und Krankenhaus entwichen.

Verdacht der lesbischen Liebesbetätigung. Sonst nach Angabe der Pflegerinnen ordentlich und fleißig, solange sie in Erziehungshaft war.

Zu 3: „Wo findet sich bei mir eine Zeile, daß ich die Dirnen für notwendig halte?" fragt Dr. Freiherr von Notthafft.

Seite 276 (Heft 6 dsr. Monatsschrift): „Man muß also in allen größeren Orten sämtliche Systeme der Prostitution nebeneinander dulden" (Bordellsystem etc.), ist meine Antwort.

Das sind eben die herkömmlichen Widersprüche:

„Anerkannte" Forscher sagen: Dirnen sind Strolche und Verbrecher.

„Anerkannte" Forscher wünschen die polizeiliche Organisation des angeblichen Strolchtums.

Kühlen Herzens konstatiert ein Forscher „den Parasiten- und Schädlingscharakter der Dirnen" und gleichzeitig verlangt er „polizeiliche" Organisation zwecks Ausübung des „Verbrechens", der „Strolcherei".

4. Die Erläuterung des Dr. Freiherrn von Notthafft zu seinem

früheren Vorschlage läuft praktisch auf ein Unterlassen der Aufklärung hinaus, da nach dem eigenen Bericht des Dr. Freiherrn von Notthafft über die Hauptpunkte absolut keine Einigung besteht. Da aber, wo die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten einmal versuchte, das übereinstimmende Urteil der Ärzte zu verbreiten, rief sie den Nachweis hervor, daß sie sich irrte.

Trotz dieses Nachweises, ja von einem Arzte, der Kenntnis genommen hatte von diesem Nachweis, wurde das Merkblatt weiter verbreitet.

Ich warnte daher mit ruhiger Überlegung vor Heuchelei und Doppelzüngigkeit, welch beide Eigenschaften ich der Persönlichkeit des Dr. Freiherrn von Notthafft nicht zutraue.

Ob aber der Vorschlag des Freiherrn von Notthafft für die Gesellschaft zur B. d .G. ausführbar ist, ohne bewußte Unterdrückung wissenschaftlicher Gegner, mag nach dem Gesagten der Leser beurteilen.

Ich persönlich hielt die Veröffentlichung des Falles, der immerhin die Möglichkeit der Verschleppung beweist, auch schon deswegen für wünschenswert, weil er von dem Bordellleben — auch ganz abgesehen von der Deflorierungserzählung — ein in den Schilderungen der Mädchen oft wiederkehrendes Bild gibt. Ob durch die Vernehmung der Beteiligten, die fast sämtlich keine Muster von Wahrheitsliebe und großenteils strafbar sein dürften, eine wesentliche Klärung erzielt wäre, halte ich für zweifelhaft; die Anzeige war ausgeschlossen, da ich das Versprechen, das ich gegeben hatte, halten mußte. Wollte ich aber die Lebensläufe ohne das Versprechen aufnehmen, dann hätten die Mädchen mir kein treues Bild des Dirnenlebens gegeben. Daß meine Art wissenschaftlicher Forschung nicht wertlos war, hat die gesamte, mir bekannt gewordene Kritik des 23. Bandes der Großstadt-Dokumente („Zehn Lebensläufe Berliner Kontrollmädchen". Preis 1 Mk. Verlag von Seemann Nachfolger, Berlin), der bereits in sechster unveränderter Auflage vorliegt, anerkannt.

Schlußwort zu der Erwiderung des Herrn Dr. Hammer-Berlin

von **Dr. von Notthafft.**

Nachdem Herr Dr. Hammer jetzt selbst dem Satze, welchen er zuerst angegriffen hat, zustimmt, nachdem er sogar — mehr, als ich erwarten durfte! — noch den von mir gegebenen Kommentar zu seinem Dirnengeschichtchen als „vielfach vorzüglich" anerkennt und, wenn auch wohl unabsichtlich, durch die neuen Detailangaben nur die von mir behauptete Unverbesserlichkeit des Dirnencharakters bestätigt, würde ich eigentlich nicht mehr zu weiteren Bemerkungen gef nötigt sein. Einige Kleinigkeiten mögen aber noch Erwähnung finden:

1. Die Ausforschungsmethode des Herrn Dr. Hammer ist als ganz ungenügend zu erachten. Sie hat ihn nicht vor dem Belogenwerden geschützt. Herr Hammer vergißt, daß die Dirnen nicht nur von Fall zu Fall lügen, sondern daß jede auch ihre „Geschichte" au Lager hat, die immer wiederholt, jedem Gläubigen in der gleichen Weise aufgebunden wird. Widersprüche sind also gar nicht zu erwarten. Vor einer Täuschung schützt nur eine behördliche Untersuchung. Diese ins Werk zu setzen hat Hammer unterlassen. Das Übereinstimmen der Angaben von Dirnen mit den Tatsachen in gleichgültigen Dingen, wie betreff des fahrplanmäßigen Abganges der Eisenbahnzüge, der richtigen Hausnummer des betreffenden Bordells, des Hinwegnehmens der Kleider durch die Wirtin, oder gar des Datums des Krankenhauseintrittes beweist natürlich gar nichts, wenn es darauf ankommt zu entscheiden, ob die Dirne in das Bordell, wie sie behauptet, verschleppt worden ist, oder ob sie sich dahin verkauft hat.

2. Wenn Herr Hammer in meinem Satz, daß man in größeren Orten sämtliche Systeme der Prostitution dulden müsse, eine Bestätigung dafür findet, daß ich die Dirnen für notwendig erklärt hätte, dann hat er entweder meine Ausführungen nicht richtig aufgefaßt, oder er ist sich über die Bedeutung des Wortes „notwendig" nicht klar. Notwendig ist eine Sache, die man nicht entbehren kann. Von einer Notwendigkeit der Prostituierten sprechen daher auch nur diejenigen, welche die Dirnen geduldet oder sogar Bordelle eingeführt wissen wollen, um den ihrer Meinung nach nötigen Geschlechtsbedarf des Mannes zu decken oder um die anständige Weiblichkeit besser zu schützen. Ich dagegen habe nur als unvermeidbar, als unaus-

rottbar die verschiedenen Systeme der Prostitution bezeichnet, und deshalb den logischen Schluß gezogen, daß man dann in den größeren Städten auch nicht den Windmühlenkampf gegen dieselben führen solle, sondern sie sämtlich nebeneinander dulden müsse. Nachdem ich Herrn Hammer schon letzthin auf das Voreilige und Irrige seiner Behauptung in diesem Punkte hingewiesen, ist es mir ein Rätsel, wie er von neuem die objektiv unwahre Behauptung machen kann.

3. Die Kontrolle und Reglementierung sind natürlich keine „polizeiliche Organisation des Verbrechens", weil ja die Verbrechen, an welchen sich ein ungeheurer Teil der Dirnen beteiligt, doch nicht Gegenstand für die Tätigkeit der Sittenpolizei sind. Herr Hammer scheint zu meinen, daß ich die Prostituierung selbst für ein Verbrechen erklärt hätte. Davor hätte ihn ein genaueres Studium der einschlägigen, früher zitierten Arbeiten schützen können. Die Reglementierung ist aber auch keine polizeiliche Organisation des Strolchtums. Sie ist nur ein Mittel zur Überwachung eines unausrottbaren Übels und hat den Zweck, die arbeitsame, nützliche Bevölkerung vor der Schädigung durch das Parasitentum möglichst zu schützen. Der Staat indentifiziert sich durch die Reglementierung und Kontrolle so wenig mit Unsittlichkeit und Faulheit, so wenig er sich durch Änderungen in den Strafbestimmungen mit dem Verbrechen einverstanden erklärt. Übrigens ist dieses einer der beliebtesten Einwände der „Moralisten" gegen das „unmoralische" Kontrollsystem und eine Einigung mit Herrn Hammer daher auch hier nicht zu erwarten.

4. Mit seinem Angriffe auf die „Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" hat Herr Hammer schon letzthin den im Titel seines Aufsatzes gezeichneten Rahmen überschritten. Deshalb, und weil es eigentlich Sache der Gesellschaft wäre, blieb neulich der Vorwurf unerwidert. Nachdem er aber jetzt (warum eigentlich?) wiederkehrt, mag in Kürze erwidert sein, daß auch hier Herr Hammer irrt. Die erdrückende Mehrzahl der Forscher erklärt die freiwillig gewählte Abstinenz gesunder junger Leute für unschädlich. Die entgegenstehenden Behauptungen von ein paar Outsiders können da nicht ins Gewicht fallen; daß für einzelne Persönlichkeiten dieser Satz nicht zutreffend ist, wissen auch andere als Nervenärzte. Es wird nie möglich sein, auch nur in einer Frage ein übereinstimmendes Urteil aller Ärzte zu erzielen. Es muß daher so kompetenten Beurteilern, wie es die Vorstände der Gesellschaft sind, überlassen bleiben, ob sie die abweichenden Privatmeinungen einzelner als wissenschaft-

lich in die Wagschale fallende Urteile ansehen wollen oder nicht. Jedenfalls sind die Ausführungen des Herrn Hammer in seinem Aufsatze „Die Gefahren der geschlechtlichen Enthaltsamkeit", welche schließlich darauf hinausgehen, uns alle als beständig sexuell Unbefriedigte hinzustellen, kaum geeignet, das Urteil der Wissenschaft wesentlich zu beeinflussen. Auch die „Aufklärung" des Laien hat ihre Grenzen. Sie hat die Streitpunkte nicht zu berühren, weil er dadurch verwirrt wird (siehe den letzten Kongreß). Sie hat daher auch in ihren Ausführungen möglichst bestimmt zu sein und die Ausnahmen und Einschränkungen möglichst unerörtert zu lassen. Würde das Merkblatt schreiben, daß Schädigungen durch geschlechtliche Enthaltsamkeit vorkommen, so würde sich die Mehrzahl der Leser eben für Ausnahmen halten, die sich im Interesse ihrer Gesundheit den Gefahren sexueller Infektion auszusetzen hätten.

Die Lokalanaesthesie in Blase und Harnröhre.

Von Dr. **Robert Lucke-Magdeburg.**

Wegen der nicht selten sehr ausgesprochenen Empfindlichkeit der Harnröhre liegt recht häufig dem Arzt der Wunsch nahe, dieselbe aufzuheben oder abzuschwächen, damit diagnostische oder therapeutische lokale Maßnahmen ohne Schwierigkeit auszuführen sind. Weniger oft macht sich derselbe Wunsch geltend bei der Harnblase, weil es gewöhnlich nur die Harnröhrenempfindlichkeit ist, die im Wege steht. Es macht einen erheblichen Unterschied, ob nur die vordere Harnröhre oder neben ihr auch die hintere unempfindlich gemacht werden soll. Für viele Fälle, wie: Urethroskopia anterior, Dehnungen der vorderen Röhre, Janet'sche Spülungen braucht nur die „Urethra anterior" unempfindlich gemacht zu werden, für andere, wie: „Urethroskopia posterior", hintere Dehnungen, Ätzen und Brennen in der „U. posterior" muß es auch bei diesem Teile geschehen. Bei den Betätigungen in der Blase selbst wird häufig die ganze Harnröhre unempfindlich zu machen sein, bisweilen auch eine Einwirkung auf die Blase selbst erwünscht sein. Von den für diese Zwecke brauchbaren Mitteln seien genannt: das „Cocainum hydrochloricum (u. nitricum)", das „B. Eucainum hydrochloricum" und „lacticum", das „Stovainum (hydrochloricum)", das „Alypinum (hydrochloricum)", deren Bedeutung und Ver-

wendbarkeit verschieden ist, während das „Tropacocainum", das „Holocainum", das „Acoinum" für unsere Zwecke ohne Bedeutung sind, gar nicht zu reden vom „Nirvanin", „Aneson", (Acetonchloroform), „Anaesthesin" (hydrochloricum und sulfophenylicum). Wäre das Cocain weniger giftig, so läge für unsere Zwecke überhaupt keine Veranlassung vor, andere Mittel in Betracht zu ziehen, denn es läßt sich durch kurzes Aufkochen der wässrigen Lösung praktisch genügend sterilisieren und durch Zusatz von 2,5 bis 3% Borsäure ausreichend haltbar machen. Zur Anaesthesie der vorderen Röhre ist es noch immer an erster Stelle zu empfehlen, weil bei richtigem Vorgehen völlige Unempfindlichkeit mit einer weit unter der maximalen liegenden Dosis zu erreichen ist. Mit 1—1,5 ccm einer 2% Lösung von „Cocainum hydrochloricum", die mit Kollmann'scher Spritze in die Röhre gebracht werden, 5—10 Minuten darin bleiben und durch Verstreichen von vorn nach hinten verteilt werden, erreicht man für die „Urethroskopia anterior" und für Janet'sche Spülungen gute Anaesthesie. Will man eine möglichst starke, tiefergreifende und anhaltendere Unempfindlichkeit, wie sie bei Dilatationen und inneren Urethrotomien erwünscht sein kann, hervorrufen, so empfehle ich, der angegebenen Menge Cocainlösung etwa 3 Tropfen Epirenan hinzuzusetzen. Das Epirenan ist nach meiner Erfahrung das derzeit beste, weil stärker wirkende und sehr haltbare Nebennierenpräparat. Um ein enges Orificium schmerzlos dilatieren zu können, reicht aber überhaupt die Einspritzung von anaesthersierenden Lösungen in die Röhre nicht hin, zu diesem Zwecke müssen vielmehr Injektionen in das Gewebe der Eichel gemacht werden, am zweckmäßigsten in der Art, daß man neben dem Frenulum mit feiner Nadel oberflächlich einsticht, eine Quaddel (in Schleich's Art) bildet und dann die Nadel subcutan nahe am Orificiumrand vorschiebt, während dabei langsam injiciert wird. Dasselbe geschieht auch auf der anderen Seite. Als Lösung empfehle ich: eine sterile 0,1% Cocainlösung mit 3—4 Tropfen Epirenan auf 100 ccm und einem Kochsalzgehalt von 0,75%. An Stelle des Cocain kann, aber ohne Vortell, in diesem Falle auch Alypin genommen werden. Im übrigen ist kein Grund einzusehen, weshalb die „U. anterior" nicht, wie vorhin angegeben, mit Cocain bez. „Cocain-Epirenan" unempfindlich gemacht werden sollte. Das B. Eucain wirkt weniger stark (in gleicher Lösungsstärke) anaesthesierend und verträgt sich weit weniger gut mit Epirman, als Cocain; das Gleiche gilt von Stovain. Am ehesten könnte noch das Alypin in Frage kommen, es verträgt sich aber auch weniger gut mit Epirenan,

Als das Cocain und im übrigen ist der anaemisierende Effekt des Cocains (ohne Epirenan) nicht so, daß er bei der Urethroskopie ein erhebliches Hindernis bildete. — Die hintere Harnröhre ist weniger gut unempfindlich zu machen, als die vordere, einfach deshalb, weil ein längeres Verweilen ausreichender Flüssigkeitsmengen in derselben nicht möglich ist. Für wenig empfehlenswert ist der Versuch zu erachten, die U. posterior dadurch zu anaesthesieren, daß man Flüssigkeit durch Druck aus der U. anterior durch den Sph. externus treibt, vielmehr benutzt man mit Vorteil die Guyon'sche Instillationsvorrichtung und läßt ganz allmählich die Lösung, meist Cocain-Epirenan, aus der „Pars membrenacea" durch die hintere Röhre laufen. Man lasse sich zur Entlerung der Spritze 5—10 Minuten Zeit. Da man von 2% Cocainlösung selbstverständlich wenigstens 2,5 ccm benutzen darf — wird doch nicht alles resorbiert — so kann man für die kurze hintere Urethra etwa 1 ccm, für die vordere 1—1,5 ccm verwenden. Man kann nötigenfalls aber auch größere Dosen gebrauchen, muß aber darauf achten, die Kranken während des Eingriffs und auch einige Zeit nachher in horizontaler Lage zu lassen. Für die Anaesthesierung der Blase gilt, daß nur die Kontaktempfindlichkeit, nicht aber die Spannungsempfindlichkeit wesentlich herabgesetzt werden kann. Ist die letztere — wie so oft bei Cystitis bez. Urethrocystitis krankhaft erhöht, so ist Beseitigung dieser Entzündung das beste Mittel, die Blase tolerant zu machen. Für Kystoskopie kommt man damit und mit Anaesthesirung der vorderen und hinteren Harnröhre in der Regel gut aus, für Lithotripsie, namentlich aber Aspiration nach derselben, schon weniger. Einen gewissen günstigen Einfluß hat Morphiuminjektion oder Antipyrindarreichung innerlich oder rectal einige Zeit vor der Operation, aber doch wohl nur in der Richtung, daß dadurch die Schmerzempfindlichkeit im allgemeinen herabgesetzt wird. Die örtliche Anwendung von Antipyrinlösung in der Blase scheint mir nennenswerte Vorzüge nicht zu haben, wenigstens dürfte die Kontaktempfindlichkeit eher mit Cocainlösung oder seinen Ersatzmitteln zu beeinflussen sein.

Aus hier nicht näher zu erörternden Gründen (s. darüber: H. Braun, Berliner Klinik, Heft 187. S. 2 ff.) dürfen größere Mengen stärkerer Cocainlösung in der Blase überhaupt nicht zur Anwendung gelangen, sondern man muß sich damit begnügen, die Blase mit schwachen Lösungen (l. c. S. 16) anzufüllen. Hier scheint mir nun der Fall vorzuliegen, daß man gut tut, bei Anaesthesierung der vorderen und hinteren Röhre mit Cocain-Epirenan, die Blase selbst mit einem

Ersatzmittel des Cocains zu behandeln, und zwar jetzt wohl am besten mit Alypin in der Weise, daß man in die Blase eine starke Lösung von 1 ccm Epirenan auf 100(—150) ccm Wasser bringt, nach 8 Minuten 3 ccm 10% Alypinlösung hinzufügt, um dann die Röhre zu anaesthesieren. Die Epirenan-Alypinlösung kann ganz oder zum Teil während des Eingriffs in der Blase bleiben. Wie gesagt, wirkt sie ausschließlich oder fast ausschließlich auf die Kontaktempfindlichkeit und ist deshalb bei einfacher Kystoskopie kaum angezeigt. Man muß deshalb, will man neben der Kontaktempfindlichkeit auch auf die Spannungsempfindlichkeit, — welch' letztere nur insoweit zu verringern ist, als die allgemeine Schmerzempfindlichkeit herabgesetzt werden kann —, einwirken, ca. $^1/_2$ Stunde vor dem Eingriff Morphium subkutan oder Antipyrin (innerlich oder rectal) geben. Die Epirenan enthaltenden Lösungen bewirken eine stärkere Blutleere der Schleimhaut, weshalb sie bei der Urethroskopie (auch Kystoskopie) im allgemeinen nicht zu verwenden sind, während sie unter gewissen Umständen einen Vorteil bieten können, sie bewirken aber im allgemeinen keine dauernde Blutstillung, namentlich nicht im carvernösen Gewebe und bei einigermaßen entwickelten Arterien. Das ist zur Vermeidung unliebsamer Überraschungen wohl zu beachten.

Ich glaube damit eine zutreffende Übersicht über zweckmäßiges Vorgehen bei der Lokalanaesthesie in Blase und Harnröhre gegeben zu haben; daß dabei die neueren Lokalanaesthetika (B. Eubain, Stovain, Alypin) das Cocain nicht geschlagen haben, liegt nur darin, daß dieses um nichts schlechter wird, weil neue Mittel auftauchen. Daß es B. Eukain, daß es Stovain gibt und daß man mit diesen Präparaten auch schließlich die Harnröhre anaesthesieren kann, ist für mich kein Grund, das Cocain fallen zu lassen. Als Ersatz in Frage kommen können die neueren Mittel nur in der Blase, und da ist es an erster Stelle das Alypin, das brauchbar ist, wann und in welcher Weise, ist oben erörtert. Es anaesthesiert, besonders mit Epirenan, auch nicht besser als Cocain, aber es ist so viel weniger giftig und entbehrt gerade der unerwünschten Wirkungen des Cocains auf Gehirn und Herz, daß seine Anwendung in der Blase — in Verbindung mit der des Cocoins in der Harnröhre — besonders zweckmäßig erscheint.

Beiträge zur Geschichte der Dermato- und Venerologie.*)

Von **Dr. M. P. Manassein**, Privat-Dozent an der med. milit. Akademie **St. Petersburg.**

Übersetzt von Dr. Otto Steinborn-Thorn.

Während meines Aufenthaltes im Auslande, im heurigen Sommer, habe ich eine stattliche Anzahl von Kliniken und Krankenhäusern, an denen klinischer Unterricht über Haut- und Geschlechtskrankheiten erteilt wird, in Deutschland, Österreich und der Schweiz besucht. Ich erlaube mir, die Eindrücke mitzuteilen, welche ich beim Vergleiche der guten und schlechten Einrichtungen bei uns mit denen des Auslandes gewonnen habe, umso mehr, als Kliniken der erwähnten Spezialität bei uns im allgemeinen noch wenig beschrieben sind, während meines Erachtens doch auch sie ein nicht unerhebliches Interesse für den russischen Arzt darbieten, sowohl in positivem wie auch negativem Sinne. Mich interessierten hauptsächlich: der Bau der Krankenhäuser, ihre inneren Einrichtungen, das Krankenmaterial und schließlich die Art der Verwendung des letzteren zum Zwecke des klinischen Unterrichtes. Gleichzeitig habe ich in Rücksicht auf die bevorstehende internationale Konferenz für Prophylaxe der Syphilis und der venerischen Krankheiten in Brüssel versucht, mich über den „faktischen" Stand der Frage über die Prostitution und die Prostituierten inner- und außerhalb der Krankenhäuser an Ort und Stelle zu informieren. Wenngleich die letzte Frage eigentlich nicht in den Rahmen der vorliegenden Arbeit paßt, so hängt sie in Wirklichkeit doch auch mit ihr zusammen, und ich werde sie im weiteren Verlaufe oft streifen müssen.

Es versteht sich von selbst, daß ich für meine Zwecke Universitätsstädte wählte, besonders auch in Rücksicht darauf, daß ich erwarten durfte, in ihnen, als den kultiviertesten der Kulturzentren, am meisten Lehrreiches und Nützliches zu sehen. Wenn nun auch meine bunten (wörtlich: regenbogenartigen) Erwartungen in vielen Fällen nicht verwirklicht wurden, so erblicke ich gerade darin etwas Gutes, weil die negativen Beispiele bei der bekannten Aufklärung (ironisch? d. Übers.) nicht weniger wichtig sind, als die positiven, indem sie zeigen, was und wie man etwas nicht machen soll. Besonders wichtig halte ich den Umstand — ich gestehe es offen, ohne dabei ein Krähwinkel-

*) Erschienen in dem vom Verfasser redigierten „Russkij medizinskij Wjestnik" (Russischer medizinischer Bote) 1900.

patriot zu sein — daß man ein angenehmes und den russischen Arzt erhebendes Gefühl bekommt, da wir — so weit es „von uns" abhing — unsere Lehrer nicht nur eingeholt und erreicht, sondern in vielen Fällen sogar überholt haben, und zwar nicht nur in rein medizinischen Sachen, sondern auch in dem Humanitätsverhältnis zum Kranken. Durchblättere ich z. B. mein Tagebuch, in welches ich die Anmerkungen gleich nach empfangenem Eindruck eingetragen habe und aus welchem in der Hauptsache vorliegende Arbeit geschöpft ist, so komme ich zu der unabweisbaren Erkenntnis, daß manches zu kürzen sei, manches sogar vollständig übergangen werden müsse. Zu diesem Entschlusse veranlaßt mich noch die Tatsache, daß all überall, wohin ich kam, alles gezeigt und getan wurde, ohne das geringste Bestreben dem ausländischen Kollegen irgend etwas zu verheimlichen, — worin wir so sehr sündigen, indem wir für eine solche Gelegenheit aufräumen, wie in einem schmutzigen Haushalte vor den großen Feiertagen. —

Ein weiterer Grund für die auswählende Benutzung meiner Notizen besteht darin, daß ich all überall — mit einer einzigen Ausnahme des Assistenten einer Berühmtheit — durch einfaches Vorzeigen der Visitenkarte, ja noch häufiger durch einfache persönliche Vorstellung bei den ausländischen Kollegen, sogar bei einer Anzahl von Leuchten, einen so freundlichen Empfang, eine solche Liebenswürdigkeit und Zuvorkommenheit fand, daß ich manchmal in Verlegenheit kam oder in die absolute Unmöglichkeit versetzt wurde, in ähnlicher Weise zu danken. Aus dem Erwähnten erklären sich meines Erachtens vollkommen die Motive, weshalb ich es vorziehe, einiges von dem, was ich gesehen und gehört habe, mit dem Schleier des Schweigens zu bedecken. Ich könnte andrerseits durch meine kritiklose allzu große Offenheit vielleicht dem einen oder dem anderen der zugereisten russischen Kollegen die schlichte Einfachheit im Verkehr mit den Ausländern trüben, welche mich mehr als alles andere im Auslande bezauberte, zumal ich gerade sie am wenigsten erwartet hatte.

Indem ich für die etwas gezwungene Einleitung um Verzeihung bitte, gehe ich in medias res über. — Den ersten Aufenthalt beschloß ich in Königsberg zu machen, erstens deshalb, weil Professor an der dortigen Universität der bekannte Caspary ist, zweitens deshalb, weil ich von hier aus das naheliegende Memel aufsuchen wollte, um die Anstalt zur Pfege der Aussätzigen anzusehen, und überhaupt die angewandten Maaßnahmen und Resultate bezüglich des Aussatzes

und der Aussätzigen näher kennen zu lernen, die gelegentlich der Aussatzfälle im Memeler Kreise eingeführt wurden. Doch dieser Ausflug sollte nicht zur Tatsache werden, da ich bei der Erkundigung erfuhr, daß die Anstalt noch nicht fertiggestellt sei, obgleich ihre feierliche Eröffnung für die nächste Zukunft beabsichtigt werde. Später erfuhr ich aus deutschen Zeitungen, daß die Eröffnung erst am 20. Juli mit großer Feierlichkeit erfolgt sei. Prof. Lassar widmete diesem Thema in seiner „Dermatolog. Zeitschrift" eine ausführliche Arbeit, an welche ich die Interessenten wegen der näheren Einzelheiten verweise. Wenn jemandem, so war es mir sehr erquickend, in Abhandlungen der allgemeinen Presse zu lesen, daß „man zum Bau des ersten Zufluchtsortes für Aussätzige in Deutschland schritt nach Rückkehr einer besonderen Kommission von Ärzten, die von der deutschen Regierung zum Studium der baulichen Verhältnisse der Leproserieen in den baltischen Provinzen abgesandt war." Nicht weniger angenehm war es für mich, einen Anhänger der Contagiosität des Aussatzes, zu sehen, wie man in der allgemeinen Presse „dem Publikum" die Ansichten über die Ansteckungsfähigkeit desselben einmpfte. Dies ist neben der Humanität wohl ein weiterer Grund für die Erbauung der erwähnten Leproserie; es hatte sich bei dieser Gelegenheit gezeigt, daß seit dem Jahre 1870 im ganzen Memeler Kreise, alles in allem genommen, ungefähr 40 Fälle beobachtet waren!

In Rücksicht darauf, daß Königsberg ca. 200000 Einwohner zählt, daß es die 2. Hauptstadt des preußischen Königsreichs ist, daß die dortige Universität seit dem Jahre 1544 besteht und daß der Vertreter unserer Spezialität, wie schon erwähnt, Prof. Caspary ist, glaubte ich natürlicher Weise, dort volle Harmonie zwischen der Ausstattung unseres spezialistischen Wesens und den angeführten Daten vorzufinden. Doch schon nach den ersten Schritten erwies es sich, daß ich in eine Übergangszeit gefallen war. Erstens hatte Prof. Schreder, der Vorlesungen über venerische Krankheiten gehalten hatte, seine Pensionierung genommen, bei welcher Gelegenheit das Ministerium dem Prof. Caspary vorschlug, in einer Person für 2 Professoren Vorlesungen zu halten. Es wurden aber beide Kathedern in eine verschmolzen, wozu Prof. Caspary im Prinzip seine Zustimmung gab, indem er daran einige Bedingungen knüpfte, deren Einzelheiten ich natürlich nicht in Erfahrung bringen konnte. Die Hauptbedingung jedoch bei der Übergabe war der Neubau einer ausgedehnten Klinik. Auf diese Weise fand Prof. Caspary eine Möglichkeit, das zu ver-

einigen, was unter den bestehenden Umständen nicht möglich gewesen wäre. Auf meine Erkundigung hin erfuhr ich, daß die syphilitische und venerische Klinik im städtischen Krankenhause untergebracht war. Ich begab mich dorthin und erfuhr, daß der Leiter derselben der eben in den Ruhestand getretene Professor war, daß sie aber gegenwärtig von dem derzeitigen Oberarzte der chirurgischen Abteilung Priv.-Dozent O. Samter geleitet wurde.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

O. Orth: Kongenitale Lage- und Bildungsanomalie der linken Niere. (Universitäts-Frauenklinik Heidelberg.) (Centralbl. f. Gynäk. 1905, No. 1.)

Der beschriebene Fall einer ins kleine Becken hinein verlagerten Niere war in dreifacher Hinsicht interessant:

1. Die kongenitale Lage der Niere war Ursache einer Retroflexio uteri,
2. mitveranlassendes Moment der Schwangerschaftsunterbrechung,
3. durch eine Situsanomalie des Nierenbeckens (der durchgängige Ureter, kürzer als normal, bildete ein kleines quadratisches Nierenbecken, von dem unter einem stumpfen Winkel drei schlauchförmige Nierenkelche nach oben, vorne und hinten in das Nierenparenchym abgingen).

Schwab-Berlin.

H. Künzel: Über die Ausscheidung des Chlors und des Stickstoffs bei Nephritis. (Inaug.-Dissert., München 1904.)

Die Versuche des Verf. ergaben, daß in kürzeren Zeiträumen resp. bei zweistündiger Untersuchung des Urins eine wesentliche Verschiedenheit in der Ausscheidung des Stickstoffs und Chlornatriums zwischen Gesunden und Nephritikern nicht zum Ausdruck kommt, daß nur vielleicht die Ausscheidung der aufgenommenen Stoffe, und zwar sowohl des Stickstoffs als auch des Chlornatriums und Wassers, etwas später bei den Nephritikern erfolgt als beim Gesunden. **Schwab**-Berlin.

Prof. Luigi Ferranuini: Über die Wirkungen subkutaner Kochsalzinfusionen bei Nephritis mit Rücksicht auf die neueren Theorien über den Wert des Kochsalzes bei den Krankheiten der Nieren. (Allg. med. Klinik der Kgl Univ. Palermo.) (Ctrlbl. f. inn. Med. 1905, No. 1.)

Nach einer ausführlichen Übersicht über die bezüglich der Kochsalzwirkung bei Nephritis gefundenen Tatsachen und aufgestellten Hypothesen teilt er seine an 6 Fällen angestellten Versuche mit, als deren Ergebnis er resümiert: An Nachteilen, die das Kochsalz in den für subkutane Injektionen gebrauchten oder auch etwas höheren Konzentrationen bei Nephritis ausübt, können wir eigentlich nur eine sehr vorübergehende Steigerung der Albuminurie und der Nierenelemente im Urinsediment konstatieren. Diese Stei-

gerung, der sofort eine beträchtliche und anhaltende Verminderung auf dem Fuße folgt, wird noch kompensiert durch die allerdings ziemlich begrenzte und vorübergehende Besserung des Allgemeinzustandes und der Nierenfunktion. Nicht einmal während eines urämischen Anfalles sind ausgiebige subkutane und rektale Kochsalzinfusionen gefährlich, ja sie sind hier sogar sehr nützlich, vielleicht weil sie die Nierenfunktion bessern. Wegen ihres beschränkten Nutzens, wegen der Gefahren, die die konstant durchgeführten Injektionen doch hervorrufen können, können sie jedoch nicht als beständiges oder vorübergehendes therapeutisches Rüstzeug bei Nephritis gelten. Nur zeitweilig wird man im Falle der Not darauf rekurrieren, wie es auch bisher allgemein üblich war. Die Entchlorungskur ist also bei Nephritis absolut bedeutungslos. **Schwab**-Berlin.

Dr. Leopold Thumim in Berlin: Pathogenese, Symptomatologie und Diagnose der Mündungsanomalien einfacher und überzähliger Ureteren beim Weibe. Nebst Mitteilung eines Falles von Cyste eines überzähligen Ureters. (Berliner Klinische Wochenschrift 1905, Nr. 29).

Aus der Entwicklungsgeschichte des Urogenitalsystems beim Weibe lassen sich schon rein theoretisch sämtliche Möglichkeiten für eine abnorme Mündung einfacher oder überzähliger Harnleiter konstruieren. Der Ureter entsteht als „Nierengang" durch Ausstülpung aus dem Wolff'schen Gange. Dieser Nierengang verlängert sich und wird zum Ureter. Sein Mutterorgan jedoch, der Urnierengang, oder Wolff'sche Gang, verfällt beim weiblichen Geschlecht der Rückbildung. Rudimentäre Reste desselben können als Gartner'scher Gang in der Mesosalpinx, der Wand der Cervix uteri, dem seitlichen Scheidengewölbe und seitlich an der Scheidenwand neben der Harnröhre bis in den Hymen hinein erhalten bleiben. Wenn außerdem ein überzähliger Ureter dadurch entsteht, daß sich vom Wolff'schen Gange ein zweiter Nierengang abspaltet und mit seinem oberen Ende in die Niere hineinwächst, so lassen sich aus diesen entwicklungsgeschichtlichen Tatsachen ungezwungen alle Anomalien betreffs der Mündungen einfacher oder überzähliger Harnleiter ableiten. Mündet ein einfacher oder überzähliger Ureter in die Harnblase, jedoch an einer abnorm tiefen Stelle, dem Trigonum entsprechend, so kann diese Anomalie vollkommen symptomlos bleiben und nur bei Gelegenheit einer zufälligen Untersuchung entdeckt werden. Weniger vom Zufall abhängig wird die Erkenntnis dieser Anomalie, wenn die Mündungsöffnung in der Blase abnorm eng ist, oder wenn sie in das Gebiet des Sphincter versicae fällt, so daß sie durch diesen komprimiert und nur während der Miction bei seiner Erschlaffung freigegeben wird. Dann muß es zu einer mehr oder minder hochgradigen Erschwerung des Urinabflusses und damit sekundär zu Harnstauungserscheinungen kommen. Es kommt schließlich zur Entwicklung einer Hydronephrose. Liegt die offene Mündung eines einfachen oder überzähligen Ureters in der Harnröhre, so kann die Folge davon unwillkürliches Harnträufeln bei Continenz der Blase sein, oder es können sekundär Stauungserscheinungen auftreten, circumscripte, sackartige Erweiterung des Ureters oberhalb der Mündung, oder Dilatation in seiner ganzen Länge. Das charakteristischste Bild bieten die Fälle, in denen

es durch Vermittlung eines persistierenden Gartner'schen Ganges zu einer offenen Ausmündung eines Ureters im Scheidengewölbe, im Verlaufe der seitlichen Scheidenwand, oder am Scheideneingang nahe der Harnröhrenmündung bis ins Hymen hinein kommt. Wenn derartige Ureteren blind endigen, kommt es häufig zur Cystenbildung mit ihren mannigfachen Folgeerscheinungen. Einen Fall von doppeltfaustgroßer Cyste eines im Mesenterium blind endenden überzähligen Ureters beschreibt Th. zum Schlusse. Die Diagnose konnte erst nach erfolgter Operation durch die histologische Untersuchung gestellt werden. **Immerwahr**-Berlin.

O. Elsässer: Über die Häufigkeit und die Bedeutung der isolierten primären Nebennierentuberkulose. (Inaug.-Dissert., Tübingen 1904).

Bei 549 Fällen, wovon 19 im pathologischen Institut der Universität Tübingen beobachtet wurden, fand sich die Nebennierentuberkulose isoliert — ohne anderweitige Tuberkulose — 96, kombiniert nur mit chronischer Lungentuberkulose 235, kombiniert mit nur ganz vereinzelter sonstiger chronischer Tuberkulose 85, kombiniert mit ausgebreiteter anderweitiger chronischer Tuberkulose des Körpers 133 Mal. Aus der Tatsache, daß Nebennierentuberkulose isoliert, also auch primär, vorkommt, folgert E. mit Bestimmtheit, daß in zahlreichen Fällen mit anderweitiger Tuberkulose — insbesondere nur der Lungen — diese sekundär von den Nebennieren aus auf hämatogenem Wege entstanden sein kann, und nimmt aus der ganzen Betrachtung der Nebennierentuberkulose Anlaß, erneut darauf hinzuweisen, wie manche Schwierigkeiten in der Pathogenese der Tuberkulose sich durch die Annahme der hereditären Übertragung ihrer Keime überlassen und wie diese Theorie noch durchaus ihre Berechtigung hat, da die übrigen für die Entstehung der Tuberkulose angenommenen Infektionswege keine befriedigende Erklärung für viele und häufige Formen der Erkrankung gestatten. **Schwab**-Berlin.

Leopold Casper-Berlin: Zur Therapie der Blasengeschwülste. (Medizinische Klinik, 1905, Nr. 4.)

C. bespricht zunächst die Diagnose der Blasengeschwülste, wobei er die Schwierigkeit einer sicheren Entscheidung, ob es sich um einen gut- oder bösartigen Tumor handelt, hervorhebt. Unter den der Diagnose dienenden Hilfsmitteln nimmt jetzt die erste Stelle das Cystoskop ein, doch ist auch die klinische Beobachtung, insbesondere für die Beurteilung bösartiger Tumoren, sehr wichtig. Hier ist auf den Abgang von Gewebsteilchen und auf die Blutung zu achten. Finden sich in den abgegangenen Gewebsteilchen typische Zellnester oder atypische Zellformationen, so ist die Diagnose „Carcinom" gesichert. Abgang von Zotten spricht nicht sicher für gutartigen Tumor. Blutungen, die in größeren Zeitintervallen auftreten, sprechen nach C. für gutartigen Tumor; ständige Blutungen, die nur Unterbrechungen von wenigen Tagen zeigen, weisen auf eine bösartige Geschwulst hin. Ferner kommen die Schmerzen, die häufiger bei bösartigen als gutartigen Geschwülsten sind und die Kachexie in Betracht, die aber durch lange, von gutartigen Polypen herrührende Blutungen verursachte Anämie vorgetäuscht werden kann.

Bezüglich der Therapie wird eine symptomatische und eine radikale unterschieden. Die symptomatische Behandlung bekämpft die Schmerzen und den Harndrang mit den bekannten Narkoticis (z. B. Antipyrin 1,0 Tct. Thebaica 10—20 Tropfen, beides in 20—50 aqua gelöst, als Mastdarminjektion). Gegen die Blutungen empfiehlt C. neben Stypticin (innerlich 0,05—8 mal tägl. 1 Tablette) die Injektion von 100 ccm einer $1^0/_{00}$—$^1/_{500}$ Argt. nitr.-Lösung.

Vor dem Einspritzen von Gelatine warnt C. Seine Erfahrungen mit dem Nebennierenextrakt sind ungünstig (Die des Ref. sind dagegen günstig). Wenn die oben angegebene Lösung versagt, soll ein Dauerkatheter zur Ruhigstellung der Blase eingelegt werden.

Was nun die radikale Therapie anlangt, so werden gutartige, insbesondere gestielte Tumoren durch intravesikale Operation mit den hierfür angegebenen Operationscystokopen entfernt, vorausgesetzt, daß der Sitz der Tumoren ein günstiger ist (am Blasenboden und der hinteren Blasenwand); in den übrigen Fällen kommt die Sectio alta in Betracht. Mit beiden Methoden hat C. bei gutartigen Tumoren gute Resultate erzielt. Bei malignen Geschwülsten verwirft C. die Operation; solche Fälle sollen nur symptomatisch behandelt werden. C.'s Erfahrung, daß die Mortalität sehr groß und die Resultate höchst zweifelhaft sind (Metastasen, Rezidive), steht im Einklang mit den Berichten aus der Heidelberger und der Marburger (Küster) Klinik und zwingt ihn zu der Überzeugung: „Die Kranken fahren im allgemeinen besser und leben länger ohne, als mit Operation." „Nur wenn die Krankheit ganz im Beginn erkannt wird und der Tumor an einer für die Operation günstigen Stelle sitzt, oder wenn Zweifel hinsichtlich der Benignität oder Malignität bestehen, ist eine Exstirpation des Tumors am Platz." **Dr. Pollock-Freiburg.**

M. Mayer-Simmern: Intraperitonealer Blasenriß. Zerreißung und Abreißung des Bauchfells von der Blase. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin 1904, H. 1.)

Ein zu forensischer Obduktion gelangter Fall von intraperitonealem Blasenriß, 7 cm lang, sagittal verlaufend, durch Bauchfell, Muskelschicht und Schleimhaut gehend und genau dem Promontorium entsprechend, der trotz richtiger Diagnose und Laparotomie ad exitum kam, da die Ruptur, wie dies öfters vorkommt, bei der Operation nicht gefunden werden konnte. Zustande gekommen war die Verletzung wahrscheinlich dadurch, daß durch einen Fall vom Wagen auf das Abdomen das Peritoneum vom Scheitel der vollen Blase ab- und an mehreren Stellen einriß, und die Blase rupturierte. Mit diesen Bauchfellzerreißungen, dem Blasenriß und einer Darmquetschung war der Verletzte noch $^1/_2$ km weit zu Fuß gegangen. **Schwab-Berlin.**

H. Füth: Über die Entstehung einer Blasenscheidenfistel durch Unfall. (Univ.-Frauenklinik zu Leipzig. Direktor: Geheimrat Zweifel.) (Mit 1 Abbildg.) (Monatschr. f. Unfallheilk. 1903, No. 12.)

Von dem Standpunkt ausgehend, daß zur Beurteilung der Frage, ob überhaupt durch einen Unfall ein bestimmtes gynäkologisches Leiden her-

vorgerufen werden kann, in erster Linie Fälle in Betracht kommen, in denen Ersatzansprüche gar keine Rolle spielen und in denen man deshalb den Aussagen der Betreffenden ein viel größeres Vertrauen schenken kann, teilt Verf. den Fall einer 71jähr. Frau mit, die seit 15 Jahren an einem Vorfall litt und, während der totale Prolaps sich draußen befand, infolge Glatteises auf den Boden fiel, sodaß sie auf den Vorfall zu sitzen kam, wodurch eine Blasenscheidenfistel entstand, ohne daß eine Schädigung durch ein Pessar, also eine beginnende Druckusur, an der Stelle der Ruptur vorhanden gewesen wäre. Ähnliche Fälle sind bis jetzt noch nicht veröffentlicht.

Schwab-Berlin.

E. Rademacher: Hodenretention und Abdominaltumoren. (Inaug.-Dissert., Halle 1904.)

Zu den bisher bekannten 8 Fällen von Bauchhodentumoren fügt Verf. noch einen in der Literatur gefundenen, von einem englischen Autor (Pike) 1897 bekannt gegebenen, sowie einen eigenen Fall, so daß den bisher gesammelten 77 Leistenhodentumoren 10 Bauchhodentumoren gegenüberstehen, wobei es sich fast durchweg um maligne Bindesubstanzgeschwülste, Sarkome, handelt. Nach den vorliegenden Beobachtungen muß in allen Fällen, wo es sich um einen Abdominaltumor handelt und gleichzeitig einseitige oder doppelseitige Retentio abdominalis vorliegt, an eine Geschwulstbildung des retinierten Hodens gedacht werden, wenn sich einerseits ein Zusammenhang des Tumors mit anderen Organen der Bauchhöhle nicht nachweisen läßt und sich andrerseits der Tumor noch in der der Retention entsprechenden Unterbauchgegend befindet oder doch sein Ausgang von hier anamnestisch festgestellt ist. In Fällen, wo der Patient erst in ärztliche Behandlung gelangt, wenn der Tumor eine solche Größe erreicht hat, daß er die Mittellinie längst überschritten und — unter Verdrängung der Därme nach oben — den Leib fast gleichmäßig aufgetrieben hat, bietet vielleicht noch die Beobachtung einer stärkeren Vorwölbung des Leibes auf einer Seite oder eine bestehende stärkere Fixatien des Tumors in der Leistengegend der einen Seite eine Stütze für die Diagnose. In Anbetracht der hohen Malignität der Hodentumoren bezüglich ihres rapiden Wachstums und ihrer Neigung zu frühen Metastasen und Rezidiven ist eine frühzeitige Diagnose von größter Wichtigkeit. Die Prognose quoad vitam ist eine äußerst ungünstige.

Schwab-Berlin.

C. Bötticher: Über die Beck'sche Methode der Hypospadie-Operation. (Aus der Chirurgischen Klinik der Universität in Giessen. — Prof. Dr. Poppert.) (Deutsche mediz. Wochenschr. No. 36, p. 1305.)

In der Giessener Klinik wurden 6 Fälle von Eichelhypospadie und 4 Fälle von Penishypospadie nach der Beck'schen Methode der Freipräparierung und Vorwärtsdislocierung der Urethra operiert. In 6 Fällen wurde sofort ein Erfolg erzielt; 3 Fälle wurden durch eine zweite Operation geheilt; ein Fall entzog sich der weiteren Behandlung. In 8 Fällen wurde zur Befestigung der Urethra der Modus der Tunnelierung der Glans angewendet 2 Mal wurde die Eichel gespalten. Die Patienten standen im Alter von 16 Monaten bis 14 Jahren. Im allgemeinen scheint es zweckmäßig, die

Kinder nach Erreichung des dritten Lebensjahres zu operieren. Die Beck'sche Methode ist auch nach der Erfahrung der Giessener Klinik der Thiersch'schen Operation bedeutend überlegen. **Hans Schwerin**-Berlin.

Dr. Motz et Suarez: Des hémorrhagies spontanées de la prostata. (Annales des Maladies des Organes Genito-Urinaries 1904, 7.)

Obgleich Blutungen bei Prostata-Hypertrophien außerordentlich häufig beobachtet werden, gehören spontane Blutungen der Prostata selbst bei dieser Krankheit zu den allergrößten Seltenheiten. Verf. fanden bei der Untersuchung von 250 hypertr. Vorsteherdrüsen des Museums Guyon nur 2 Mal hemorrhagische Infiltrate. Dieselben waren verursacht durch Neubildung von Capillaren mit leicht zerreißbaren Wandungen. Die Neubildung war einmal in die Blase hinein geöffnet, einmal innerhalb der Kapsel gelegen. Es entstammen somit Blutungen bei Prostatikern stets den Harnwegen. **Goldberg**-Cöln-Wildungen.

Dr. Victor Frommer in Berlin: **Neue Reaction zum Nachweis von Aceton samt Bemerkungen über Acetonurie** (Berliner Klinische Wochenschrift, 1905, No. 32).

Um binnen kürzester Zeit den Aceton im Urin nachzuweisen, empfiehlt es sich, cca. 10 ccm Urin mit 1 g Kaliumhydrat in Substanz im Reagensglase zu versetzen, und, ohne die Auflösung abzuwarten, mit 10—12 Tropfen Salicylaldehyd (1 Salicyl + 10 Alcoholabsolutus) auf ca. 70° zu erwärmen. Beim Vorhandensein von Aceton bildet sich am Boden an der Berührungsstelle der beiden Substanzen ein ausgesprochener purpurroter Ring, der nur bei Anwesenheit von Aceton zu Tage tritt. Wird die Probe mit Salicylaldehyd versetzt, nachdem bereits das Kaliumhydrat vollständig in Lösung gegangen ist, so nimmt die Flüssigkeit zuerst eine gelbe, nachher rötliche, später purpurrote und beim längeren Stehen eine dunkelrote, karmoisinartige Farbe an. Beim Erwärmen treten die Farbenveränderungen rascher auf. Bei Abwesenheit von Aceton bleibt die Farbe des Urins fast unverändert. Die neueren Untersucher erblicken die Ursache der Acetonsausscheidung nicht im gesteigerten Eiweißzerfall, sondern hauptsächlich im Fettansatze. Verf. beobachtete, daß in der Schwangerschaft nur sehr selten die Acetonurie auftritt, dagegen fast regelmäßig in den beiden ersten Tagen des Wochenbettes, am dritten Tage geht sie meistens zurück. Die Dauer und Intensität der Acetonurie :st proportional der Länge der Geburt. **Immerwahr**-Berlin.

H. Citron (Berlin): **Über quantitative Bestimmung des Harnzuckers unter besonderer Berücksichtigung der jodometrischen Zuckerbestimmung.** (Deutsche med. Wochenschrift, 30. Jahrg., No. 44, p. 1602.)

Citron hat eine Methode zur bequemen titrimetrischen Zuckerbestimmung mit Hilfe der Fehling'schen Lösung ausgearbeitet. Sie basiert auf auf dem Gedanken H. B. Lehmann's, nicht das unbequem bestimmbare ausgeschiedene Kupferoxydul, sondern das durch den vorhandenen Zucker nicht reduzierte Kupfersulfat zu messen. Dies gelingt durch Zusatz von Jodkali

und Stärkekleister und Titration mit Natriumthiosulfatlösung verhältnismäßig leicht. Eine Bestimmung ist mit Citron's Apparat, dessen Beschreibung im Original nachgelesen werden muß, in 5—10 Minuten auszuführen.

Hans Schwerin-Berlin.

G. Köhler: Über Hydrurie und Diabetes bei Vögeln infolge von Piqûre (Inaug.-Dissert., Gießen 1904).

Bisher sind Hydrurie und Diabetes durch Gehirnverletzung nur bei Säugetieren und Fröschen dargestellt worden. K. experimentierte an Hühnern und Hähnen und fand:

1. daß auch bei den Vögeln durch Piqûre im Boden des vierten Ventrikels sich eine Vermehrung der Harnabsonderung erreichen läßt,

2. daß mit dieser Vermehrung in einzelnen Fällen auch Zucker im Harn auftritt.

3. Die Vermehrung tritt schon nach ganz kurzer Zeit, etwa nach 3 bis 6 Minuten, deutlich zu Tage; die Absonderung erreicht etwa von der 9. bis zur 16. Minute ihren Höhepunkt und geht dann ebenso rasch wieder zur Norm zurück. Dieses schnelle Eintreten der Vermehrung und ebenso ihr rasches Verschwinden ist bis jetzt bei keinem anderen Tier beobachtet worden.

4. Je reichlicher die Absonderung ist, desto mehr nehmen die makroskopischen Formelemente ab.

5. Die deutlich saure Reaktion des Harnes nimmt nach der Piqûre ab und kann auf der Höhe der Sekretion bis zur alkalischen übergehen.

Schwab-Berlin.

S. Abramow: Über die Veränderungen der Aorta bei Syphilis. (Virch. Arch. 178. Bd., Heft 3).

Untersuchung von 5 syphilitischen Aorten ergab an diesen keine gummösen Bildungen, sondern im wesentlichen Wucherung von Granulationsgewebe in der Adventitia, Ausbreitung desselben auf die Media, Vaskularisation beider Hüllen und gleichzeitig Verdickung der Intima, Veränderungen, die A. n analoger Weise auch häufig bei Individuen ohne alle Symptome von Syphilis fand, wobei der Unterschied nur ein quantitativer, kein qualitativer war: deshalb können vom anatomischen Standpunkt aus nur gummöse Aortiden für spezifisch angesehen werden, während die übrigen Veränderungen nichts für Syphilis spezifisches darbieten und höchstens als parasyphilitisch bezeichnet werden können.

Schwab-Berlin.

Iwan Bloch (Berlin): **Die Nachbehandlung der Syphilis.** (Medizinische Klinik 1905, No. 4.)

Nach Bl. ist die Syphilis für den Therapeuten „nur eine relativ konstitutionelle Krankheit", „ein seltsames Mittelding zwischen konstitutionellem und lokalem Leiden", denn sie zeigt die Neigung, sich nur an bestimmten Stellen festzusetzen und die Umgebung derselben frei zu lassen, was besonders auf der Haut zum Ausdruck kommt, aber auch für die inneren Organe gilt. Das Fortbestehen und Wiederaufflackern des syphilitischen Prozesses

ist auch nur die Folge von lokalen Rezidiven (Unna, Neumann). Demnach ist also das Leiden eine Summe von örtlichen Erscheinungen, worauf bei der Behandlung Rücksicht zu nehmen ist. Der Arzt hat die Aufgabe, eine Vermehrung solcher örtlichen Herde zu verhindern und die vorhandenen zu zerstören. Als Hauptmittel dafür kommt das Quecksilber in Betracht. Bl. verwirft entschieden die Fournier'sche chronisch-intermittierende Behandlung, da eine in kurzen Zeiträumen wiederholte Hg-Kur bezw. eine zu lange Dauer einer solchen die spezifische Wirksamkeit des Mittels nicht erhöht, sondern eher herabsetzt und auch die Gefahr einer schädlichen, akkumulativen Wirkung des Hg in sich birgt. Bl. will deshalb die gehäufte Hg-Kur nach einer ersten, gründlichen Quecksilberbehandlung durch eine zweckmäßige Nachbehandlung ersetzt wissen, die möglichst auf eine neue Zuführung dieses Mittels verzichtet, da ja die lokalen Rezidive meist durch örtliche Reize (z. B. Schleimhautpapeln im Munde) und nicht durch eine „konstitutionelle syphilitische Diathese" hervorgerufen sind.

Diese Nachbehandlung soll den Zweck haben, die schädlichen Nebenwirkungen der ersten großen Hg-Kur zu paralysieren, die nützliche Wirkung derselben zu unterstützen und eine längere Dauer dieser Wirkung zu ermöglichen.

Dazu dienen 3 Heilmittel: 1. das Jod, welches die Ausscheidung des Hg durch den Harn steigert und selbst auch auf gewisse syphilitische Erscheinungen der sekundären Periode eine spezifische Wirkung besitzt. Wird Jod nicht vertragen, so wendet man

2. den Schwefel an in Gestalt der warmen und kalten Heilquellen (Aachen, Nenndorf, Eilsen bei Bückeburg). Der Schwefel vermehrt ebenfalls die Ausscheidung des Hg, hat aber auch direkte Heilwirkung, wie aus einem von Bl. beobachteten Fall deutlich hervorgeht. Ein Patient wurde von seinen häufigen Rezidiven (Plaques im Rachen, Papeln auf der Stirn) durch eine Kur in Nenndorf dauernd geheilt, während Hg und J. im Stiche ließen.

3. Arsenik. Bl. hat dieses Mittel bei chronischen und hartnäckigen Hautsyphiliden und Schleimhautplaques in Form von Arsenikpillen mit gutem Erfolge angewendet.

Mit diesen Mitteln soll die Nachbehandlung der Syphilis ausgeführt und Hg nur dann angewendet werden, wenn diese Mittel versagen. Aber auch dann ist nur eine lokale Anwendung des Hg oder leichte Merkurialisierung (Merkolintschürze) am Platze. Zu der Nachbehandlung gehört ferner die Hebung des Allgemeinzustandes, wozu Bl. neben zweckmäßiger Ernährung Eisen, Milchkuren und Sanatogen empfiehlt. Ferner kommen die Klimato-Balneo- und Hydrotherapie zur Anregung des Stoffwechsels in Betracht.

Dr. Pollock-Freiburg i. B.

Dr. Julius Vogel in Berlin: **Die Prophylaxe und Abortivbehandlung der Gonorrhoe.** (Berliner Klinische Wochenschrift 1905, No. 33).

Absolut zuverlässige Maßnahmen zur Verhütung der Ansteckung mit Gonorrhoe besitzen wir bis jetzt nicht, und es ist eine wichtige Aufgabe der Aerzte, soweit es in ihrer Macht steht, das Publikum in dieser Hinsicht auf-

zuklären. Was die Abortivbehandlung betrifft, so ist dieselbe nur sehr selten anwendbar, und auch bei einer sorgfältigen Auswahl der Fälle zeitigt sie nur vereinzelt gute Resultate. Immerwahr-Berlin.

Dr. Bélisaire Narich in Smyrna: **Blenorrhagie et irrigations d'eau chaude.** (Le Progrès médical, 1905, Mo. 26).

Verf. empfiehlt die Behandlung der Gonorrhoe mittels Janet'scher Irrigationen mit warmem Wasser von ca. 44° C., 2 bis 3 Mal am Tage. In die Urethra wird dabei als Ansatzstück ein Gummikatheter von 14 bis 15 Charrière ca. 12 bis 14 cm tief eingeführt. Immerwahr-Berlin.

Arthur Strauß (Barmen): **Das Heroinum hydrochloricum als Anaphrodisiacum.** (Münch. Med. Wochenschr. No. 36, 1902).

Verf. hat mit dem Mittel bei sexuellen Erregungszuständen sowie bei gesteigerten und schmerzhaften Erektionen Versuche angestellt. Zunächst prüfte er das Heroin in einer Reihe von Fällen (10) von Pollutiones nimiae. Alle nahmen unter der Einwirkung des Heroin an Häufigkeit ab. Strauß gab im allgemeinen in der ersten Woche jeden Abend ein Pulver und ließ dann je nach der Häufigkeit 2—3 Abende pausieren. Daneben wurden natürlich auch die entsprechenden allgemeinen Vorschriften beobachtet. In diesen Fällen hat Verf. konstatieren können, daß das Heroin von derselben guten Wirkung ist, wie das Bromkali in Verbindung mit Kampher und Lupulin, ohne jedoch einen Vorzug vor diesem Präperat zu besitzen. Eine zweite Gruppe von Fällen erstreckte sich auf diejenigen Formen sexueller Neurasthenie, die meist eine Folge der Onanie bilden. Bei diesen Affektionen kommt dem Heroin im wesentlichen nur der Charakter eines Adjuvans zu. — Eine dritte Gruppe von Erkrankungen der Harnwege betraf das große Gebiet der Gonorrhoe, namentlich der akuten und subakuten, mit ihren Begleiterscheinungen.

Fast stets hatte Verf. gute Erfolge in diesen Fällen bei der Anwendung von Heroin. — Endlich prüfte er das Mittel auch bei operativen Eingriffen und fand, dass eine Dosis von 0,01 Heroin den Operierten Erquickung brachte. Einigemale wirkte es besser als Sulfonal oder Bromkali. — Das Mittel zeigte sich frei von unerwünschten Nebenwirkungen. M.

III. Besprechungen.

Dr. med. H. Schade-Kiel: Die elektro-katalytische Kraft der Metalle. Eine neugewonnene experimentelle Grundlage für die Erklärung der Quecksilber-, Silber- und Eisen-Therapie. (Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig, 1904.)

Zu den neueren Entdeckungen der Chemie gehört der Nachweis, daß Hg imstande ist, bei der Oxydation des Naphthalins durch Schwefelsäure eine sehr große Beschleunigung des Prozesses herbeizuführen. Sch. wurde durch diese Tatsache veranlaßt zu prüfen, ob diese oxydationsbeschleunigende

Kraft dem Hg selbst anhaftet und zwar unter Verhältnissen, wie sie ähnlich im Organismus vorliegen, oder ob es nur in jener Mischung der drei Substanzen diese Eigenschaft besitzt.

Seine ersten Versuche mit einer Guajak-Terpentinöl-Emulsion ergaben, „daß eben dort, wo anerkanntermaßen ein Sauerstoffüberträger zum Eintritt „der Oxydation erforderlich ist, auch das Hg die Oxydierung bewirken kann." Da dabei das Hg weder eine chemische Veränderung eingeht, noch bei Wiederholungen der Versuche an beschleunigender Kraft einbüßt, so ist der Vorgang ein „katalytischer" zu nennen. Die gleichen Ergebnisse erhielt Sch. bei Versuchen mit anderen, leicht oxydierbaren Körpern (Guajacol, Naphthol) und konnte so „eine allen Schwermetallen gemeinsame katalytische Fähigkeit" nachweisen.

Bei dem Studium des Wesens dieses Vorganges beweist der Verfasser, daß weder mechanische noch chemische Eigenschaften des Metalls diese oxydationsbeschleunigende Kraft bedingen, dagegen gelang es ihm, den Beweis zu erbringen, daß ein elektrischer Prozeß vorliegt, „der durch den abwechselnden Kontakt des Metalles mit den elektrisch differenten Flüssigkeitsteilchen der Mischung ausgelöst wird." Ob die Flüssigkeit, in welcher der Prozeß stattfindet, eine elektrisch leitende ist oder nicht, kommt nicht in Betracht, dagegen ist von Wichtigkeit, daß das Metall eine möglichst große Oberflächenentfaltung hat. Infolge dessen sind die in einer Flüssigkeit löslichen Metalle von der größten Wirkung. Die Oxydation findet statt, sowohl wenn das Metall von der positiven Ladung in die negative übergeht und seinen Sauerstoff dabei abgibt, als auch, wenn es negativ geladen wird und dadurch der Flüssigkeit den Wasserstoff entzieht, wodurch Sauerstoff frei wird. Der elektrokatalytische Vorgang muß überall da eintreten, „wo ein Metall mit „zwei Substanzen von schlechtem Leitungsvermögen oder geeigneter Isolierung in abwechselnde Berührung gerät, sobald nur der Metallkontakt bei „ihnen differente elektrische Ladungen zustande kommen läßt."

Ferner weist Sch. nach, daß auch die Albuminate der Metalle dieselbe Eigenschaft zeigen, wie diese selbst (wobei der Nachweis interessant ist, daß auch bei der Oxydation durch Hämoglobin das in ihm vorhandene metallische Eisen das wirksame ist) und ebenso auch die Salze der Schwermetalle, bei welchen die freien Metallionen die Oxydationsbeschleunigung bewirken.

Auf den medizinisch-therapeutischen Teil übergehend, hebt Sch. hervor, daß es im Organismus — neben Hämoglobin — noch eine „große Anzahl von Stoffen mit Sauerstoff-aktivierender Kraft" gibt, die Oxydasen genannt werden und weist nach, daß „die Metalle für diese organischen Oxydasen vikariierend einzutreten vermögen.

Sch. wendet sich nun den für die Praxis wichtigen Metallen: Eisen, Silber und Quecksilber zu und sucht ihre Wirkung im Körper auf diese neuen, von ihm gefundenen elektro-katalytischen Kräfte zurückzuführen.

Was das Eisen anbelangt, so wurde seine Wirkung schon oben erwähnt. Hinzuzufügen ist, daß nur diejenigen Präparate von Wirkung sein können, welche nach ihrer Resorption die Möglichkeit geben, daß das Eisen längere Zeit unverändert im Körper verweilt.

Das Silber wird neuerdings viel angewendet als wasserlösliches Metall (Hyrgol.) bei infektiösen Prozessen und soll ausgesprochen bakterienschädlich wirken. Nach Sch. wäre die Wirkung so zu erklären, daß seine katalytische Kraft, wozu es durch die große Oberflächenentfaltung in wässeriger Lösung besonders geeignet ist, eine energische Oxydation der von den Bakterien produzierten Ptomaine zustande bringt, wodurch letztere unschädlich werden. Ferner aber kommt dem Silber, wie allen Metallen, die Eigenschaft zu, auf Bakterien wachstumhemmend zu wirken. Auch diese Erscheinung wäre nach Wolf auf elektrische Ströme und ihre polarisierende Kraft zurückzuführen.

Sehr eingehend bespricht Verfasser die Wirkung des Quecksilbers auf die Lucs. Diese faßt er als eine Stoffwechselshemmung auf, welcher gegenüber „die stoffumsatzfördernde Kraft des Hg als ein wahres Spezifikum erscheinen" muß. Die oxydationsbeschleunigende Kraft dieses Mittels muß um so eher zur Wirkung gelangen, als es in Formen von großer Oberflächenentfaltung (Schmierkur) angewendet wird. Demnach ist von der Einführung des wasserlöslichen Hg, dem Hyrgol, die stärkste Wirkung bei geringster Giftigkeit zu erwarten, da nach den, durch Sch.'s Experimente gewonnenen Erfahrungen „die kolloidale Lösung . . . . . mit dem Minimum von Quantität des Metalles die maximale katalytische Wirkung vereinigt".

In interessanter Weise erklärt der Verfasser auch die pharmakologische und toxische Wirkung aus den Ergebnissen seiner Versuche, wobei die toxischen Eigenschaften des Hg sich in natürlicher Weise aus den pharmakologischen ergeben. Sch. schreibt aber dem Hg auch antibakterielle Wirkung zu, doch sei es noch unentschieden, ob durch Umwandlung in eines seiner antiseptisch wirkenden Salze oder durch direkte Metallwirkung (Silber). Natürlich muß für das Hg ebenso wie für das Silber die Fähigkeit, etwaige Ptomaine unschädlich machen zu können, in Anspruch genommen werden.

Nach einigen Bemerkungen über die Beurteilung der Heilkraft der natürlichen Heilquellen nach seinen Theorien und über andere, nicht metallisch ausgelöste katalytische Erscheinungen, schließt Sch. seine außerordentlich klar geschriebene Arbeit. Aus dem kurzen Auszuge geht hervor, wie viel Lehrreiches und Anregendes die Arbeit enthält, die berufen scheint, unser pharmakodynamisches Wissen auf neue Pfade zu weisen. **Dr. Pollock-Freiburg i. Br.**

Dr. N. von Stieglitz hat in den „St. Petersburger Mitteilungen" (S.-Petersburgskija Wjedomosti, d. 25. Januar 1905) folgende Rezension gebracht:

Prof. Dr. A. v. Poehl, Prof. Dr. Fürst v. Tarchanoff und Dr. P. Wachs: Rationelle Organotherapie, mit Berücksichtigung der Urosemiologie. (Herausgegeben von dem russischen „Journal für medizinische Chemie und Organotherapie" zu St. Petersburg 1905.)

Die deutsche Übersetzung dieses Buches, dessen erste Lieferung in russischer Sprache bereits im vorigen Jahre erschienen war, liegt unsjvor. Es ist eine sehr glückliche Idee der drei Autoren gewesen, die Organotherapie mit der in dieses Gebiet einschlagenden Urosemiologie gleichzeitig zu besprechen. Der hohe prak-

tische Wert der Organotherapie ist, wie das Buch uns lehrt, nicht nur am Krankenbette festgestellt, sondern wissenschaftlich begründet worden durch Stoffwechseluntersuchungen und speziell durch die modernen Harnanalysen mit den entsprechenden Harncoefficienten. Die Urosemiologie giebt uns Antwort auf die Frage, auf welche Weise und in wieweit der Stoffwechsel durch die Organotherapie beeinflußt werden kann und wird. Daher mußte die Urosemiologie in einem Buche über rationelle Organotherapie berücksichtigt werden.

Die russische Schule der physiologischen Chemie, welche Prof. von Eichwald begründet hat und deren Schüler einer der Autoren — nämlich Prof. v. Poehl — ist, hat sich um die Urosemiologie große Verdienste erworben. Das enorme Beobachtungsmaterial, über welches Prof. v. Poehl verfügt, hat ihm die Möglichkeit gegeben, für einige Harncoefficienten selbständig Normen und die Grenzen der Abweichungen auszuarbeiten, desgleichen auch eine große Reihe von Beobachtungen anzustellen über die Einwirkung organotherapeutischer Mittel auf den Stoffumsatz im allgemeinen und auf die Harncoefficienten im speziellen.

Die rationelle Organotherapie kann natürlich nur solche organo-therapeutische Präparate als rationelle anerkennen, die den Anforderungen der Wissenschaft entsprechen. Prof. v. Poehl hat schon lange darauf hingewiesen, daß getrocknete, entfettete und gepulverte Drüsen, wie sie meist im Handel vorkommen, in der Therapie nicht verwendbar sind, da animale Toxine und lebensfähige Mikroorganismen in solchen häufig vorkommen, desgleichen entsprechen auch die gewöhnlichen Auszüge nicht den Anforderungen, da solche wohl von Bakterien befreit sein können, aber nicht von Toxinen und schädlichen Enzymen. Prof. v. Poehl hat sich zur Aufgabe gestellt, entweder wirksame Bestandteile als chemische Individuen zu isolieren, wie z. B. Spermin und Adrenal, oder synergetische Gruppen aus den Organen zu gewinnen, frei von Toxinen, wie Cerebrinum-Poehl, Thyreoidinum-Poehl etc.

Prof. Fürst von Tarchanoff, einer unserer hervorragendsten russischen Physiologen, beschäftigt sich bereits seit 1891 mit Beobachtungen der Einwirkung organotherapeutischer Präparate. Seine reichen Erfahrungen sind in dem Buche gesammelt.

Im ersten Kapitel, welches die Aufgaben der rationellen Organotherapie bespricht, werden die Belege dafür erbracht, daß aus den tierischen Geweben therapeutisch aktive Elemente gewonnen werden können. In den §§ 13—23 wird die Lebensfähigkeit vieler Gewebe und Organe nach dem Tode besprochen mit dem Nachweis, daß die Sistierung der Funktion der Organe beim Eintritt des Todes nicht die Folge einer Zerstörung der Substanz, sondern meist eine Autointoxikationsfolge ist. Die Fortschaffung der Produkte, welche die Autointoxikation veranlassen, bedingt das Wiederbeleben der Organe und darin liegt das Prinzip der Organotherapie. Wie der Tod durch Autointoxikation die Funktionen der Gewebe sistiert, so alterieren, natürlich in geringem Grade, bei verschiedenen Krankheiten Autointoxikationen die Funktion verschiedener Organe. Die Urosemiologie giebt uns Aufschluß darüber und die Organotherapie giebt uns die Mittel in die Hand, solche Autointoxikationen zu bekämpfen.

In der ersten Hälfte des Buches haben wir eine kurze Besprechung der Harncoefficienten (§§ 37—52), eine weitere Besprechung der Differenzialdiagnose verschiedener Autointoxikation wird im § 163 erwähnt und in der zweiten Hälfte des Buches eine eingehendere Besprechung versprochen.

Die wirklich eleganten Versuche der Wiederbelebung des isolierten Herzens durch Fortschaffung der Stoffwechselprodukte, resp. Beseitigung der Autointoxikation von Prof. Kuljabko (§ 16—17) und Dr. Kakowski (§ 150) aus dem pharmakologischen Institut von Prof. Kobert zeigen uns mit Evidenz, daß das Sperminum-Poehl schwere Autointoxikationen mit Leichtigkeit beseitigt. Die Versuche von Dr. Kakowski (Herzkurven § 218—20) beweisen uns, daß das Sperminum-Poehl nicht nur Autointoxikationen beseitigt, sondern auch Intoxikationen des Herzens durch organische Gifte, wie Digitalis, Veronal etc. aufhebt.

Diese Laboratoriumsversuche stehen in Einklang mit den Beobachtungen am Krankenbette (§ 148) über die günstige Einwirkung des Sperminum-Poehl auf Herzschwäche (Zakrjewski, Klimantowitsch, Nagubnoff, Leibmedicus von Hirsch, Maximowitsch etc.) Das Sperminum-Poehl (3. Kapitel) ist nämlich eines der wichtigsten Repräsentanten des organotherapeutischen Arsenals und stellt den wirksamen Bestandteil des Brown-Sequard'schen Mittels dar. Nach den Untersuchungen von Prof. v. Poehl ist das Spermin ein Zerfallprodukt der Leukocyten und spielt die Rolle eines positiven Katalysators, indem es die Energie und Reaktionsdauer der physiologischen Oxydationsprozesse beschleunigt. Das Spermin ist der Katalysator für die eine Funktion der Gewebsatmung (§ 71—74), nämlich für die Oxydation. Direkte Versuche beweisen, daß das Spermin die Autointoxikationen, die in Folge herabgesetzter Gewebsatmung auftreten, bekämpft (4. und 5. Kapitel) und eines der wichtigsten Schutzmittel des Organismus ist, denn die Intraorganoxydation (§ 75—82) befreit den Organismus von der Anhäufung der Stoffwechselprodukte (dieselben werden durch Oxydation in lösliche Körper verwandelt und die toxischen werden entgiftet) und bedingt die normale Gewebssaftalkalescenz. Übermüdungen und Überreizungen des Nervensystems haben herabgesetzte Gewebsatmung und herabgesetzte Gewebsalkalescenz zur Folge. Herabgesetzte Gewebsatmung und herabgesetzte Gewebssaftalkalescenz haben auch Herabsetzung der Immunität (§ 93 — 100) zur Folge. Die klassischen Versuche von Prof. A. Löwy und P. F. Richter bieten uns die Belege dafür, daß das Sperminum-Poehl die Pneumococceninfektion (§ 106) und die Hühnercholera (§ 107) bekämpft. Es ruft das Sperminum-Poehl erhöhte Leukozytose hervor und Tiere, die das drei- und vierfache der tötlichen Dosis einer Pneumococceninfektion erhalten haben, bleiben nach Spermininjektionen am Leben (§ 106.) Prof. Fürst v. Tarchanoff und Dr. Alfr. v. Poehl führen Versuche aus, die den Beleg dafür erbringen, daß Neurinvergiftungen an Fröschen durch Injektionen von Sperminum-Poehl beseitigt werden (§ 117) — ein direkter Beweis der Entgiftung von Toxinen durch Erhöhung der Oxydationsvorgänge.

Referent kann sich als praktischer Arzt mit der Gruppierung des klinischen Materials nicht einverstanden erklären. Für den praktischen Arzt ist sie wenigstens eine nicht bräuchliche. Hoffentlich wird ein eingehendes

Sachregister über diesen Mangel des Buches hinweghelfen. Die Einteilung ist — wie wir sehen — geeignet, um allgemeine Erklärungen über die therapeutische Wirkung des betreffenden organotherapeutischen Mittels zu geben.

Die Krankengeschichten zum Belege der therapeutischen Wirkung des Sperminum-Poehl sind zwar in großer Anzahl (ca. 200) — doch meist sehr gekürzt — gegeben, dafür sind die Erklärungen der therapeutischen Wirkung für jede Gruppe einzeln sehr geistreich durchgeführt und stets mit Bezugnahme auf die Urosemiologie. So finden wir im § 122 die Erklärung der therapeutischen Wirkung des Sperminum-Poehl bei Lungentuberkulose, § 120 bei Marasmus, § 128 bei Hautkrankheiten. Über die Einwirkung des Sperminum-Poehl auf die harnsaure Diathese und auf die Erkrankung des Nervensystems sprechen die §§ 129—147. Bei dieser Gruppe von Krankheiten, bei denen Autointoxikationen zu Grunde liegen, kommt wieder die Bedeutung der Urosemiologie zur Geltung und zwar gibt die Harnanalyse dem Arzt auch eine Kontrolle in die Hand, den therapeutischen Effekt des Sperminum-Poehl in Zahlenwerten (Coeffizienten) zu bemessen. Im § 142 finden wir eine eingehende Besprechung der Erklärung der Wirkung des Sperminum-Poehl bei funktionellen Nervenerkrankungen (Neurasthenie, Hysterie, etc.), § 144 bei organischen Läsionen des zentralen und peripheren Nervensystems (wesentlich Tabesfälle.)

Das Buch gibt eine Fülle von interessantem Material und bietet eine Menge neuer Gesichtspunkte. Auch der praktische Arzt findet ungemein viel anregendes in diesem Buche. Es ist ganz richtig, wie Prof. Verworn sagt, daß der moderne Arzt am Krankenbette meist ein Bild von dem mikroskopischen Präparat des erkrankten Teiles vor Augen hat, womöglich schön gefärbt, aber er denkt nicht daran, daß die Zellen, die er im Geiste sieht, leben, er vergißt vollständig den Chemismus der gesunden und kranken Zelle. Die allgemeine oder loxalisierte Funktionsstörung des Stoffwechsels wird als Ursache der Krankheit sehr häufig nicht erkannt, weil es noch nicht genügend bekannt ist, daß eine rationelle Harnanalyse mit den Harnkoeffizienten, wie Robin richtig behauptet, nicht nur die Störungen des allgemeinen Stoffwechsels aufweist, sondern auch diejenigen der Funktion einzelner Organe. Die Harnanalyse bietet für viele Diagnosen mehr Aufschluß, sagt Prof. v. Poehl, als die Sektion und hat unbestritten den Vorzug, bei Lebzeiten des Patienten ausgeführt werden zu können. Robin sagt auch mit Recht, daß den meisten Krankheiten eine mehr oder weniger lange Periode vorausgeht, in welcher die Funktionsstörungen der Organe kurabel sind, später erst entwickeln sich organische Schädigungen, die unheilbar sind, daher ist es die Aufgabe des Arztes, diese Periode nicht zu versäumen, um therapeutisch einwirken zu können. Da nun die Organotherapie in erster Linie befähigt ist, Stoffwechselanomalien zu beeinflussen — und mit dem großen Vorteil zudem —, ohne dem Kranken Schaden zuzufügen, so liegt es auf der Hand, daß dieses Buch jedem praktischen Arzt warm empfohlen werden kann.

Verlag der Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.
W. Malende in Leipzig.

In Kürze erscheint nachgenannte

☛ **für Ärzte wie für Juristen interessante Novität:**

Geschlechtsübergänge.

Mischungen männlicher und weiblicher Geschlechtscharaktere.
(Sexuelle Zwischenstufen.)

Erweiterte Ausgabe eines auf der 76. Naturforscherversammlung zu Breslau gehaltenen Vortrages
von

Dr. med. Magnus Hirschfeld
in Charlottenburg.

Mit ausführlicher Beschreibung und Würdigung zweier neuer Fälle von Hermaphroditismus sowie 83 Abbildungen, zwei Textfiguren und einer farbigen Tafel (größtenteils Originale).

Preis: 5 Mark.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Verlag von Ernst Reinhardt in München, Karlstraße 4.

In wenigen Wochen 15,000 Exemplare erschienen!
(1.—5. Tausend: April 1905; 6.—10. Tausend: Juni 1905; 11.—15. Tausend: Juli 1905.)

Die sexuelle Frage.

Eine naturwissenschaftliche, psychologische, hygienische und soziologische Studie für Gebildete
von

Prof. August Forel,

Dr. med., phil. et jur., ehemaliger Professor der Psychiatrie und Direktor der Irrenanstalt in Zürich.

11.—15. Tausend.

VIII u. 588 Seiten Gross-8°. Mit 23 Abbildungen auf 6 Tafeln. Preis brosch. Mk. 8.— in Leinwand geb. Mk. 9.50.

Die sexuelle Ethik ist zweifellos im Begriff eine Wandlung durchzumachen: neue Erkenntnisse sind durch Naturwissenschaft und Medizin zu Tage gefördert, alte Vorurteile brechen zusammen. Es fehlte bisher an einem Buch, das frei von allem Spezialistentum das ganze grosse Tatsachenmaterial von einem freien Standpunkte aus behandelt. Hier gibt ein hervorragender Naturforscher, ein Psychiater von Weltruf und ein ethisch tief empfindender Mensch das Resultat seiner reichen Lebenserfahrung. Es gibt nichts, das so umfassend und so frei von Vorurteilen über die ganze Frage orientiert und dabei doch vom Anfang bis zum Ende den Stempel einer reichen Persönlichkeit trägt.

Herr Professor Dr. Gustav Klein in München äußerte über das Buch in seinem Kolleg:
„Es ist nicht ein Buch, es ist **das Buch** über die sexuelle Frage".

Ein **nach Idee, Inhalt** und **Form** höchst eigenartiges Werk, bestimmt, eine bestehende Lücke in der medizinischen Literatur auszufüllen, ist das **kürzlich** erschienene Werk:

Der Schmerz, ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel. Eine Schmerz-Theorie. Von **Ad. Alf. Michaelis.** Preis Mk. 3.—. (= Ein derartiges Werk existierte bisher **nicht!** Seine große **Brauchbarkeit für den praktischen Arzt** wurde ärztlicherseits bereits festgestellt. =)

Verlag der Monatsschrift für Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene, W. Malende in Leipzig

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

SANATOGEN

wirksamstes Kräftigungsmittel
und
zuverlässiges Nerventonicum

Indiciert bei

Sexual-Neurasthenie

Impotenz, Syphilis und Quecksilber-Kachexien
sowie Erschöpfungszuständen aller Art.

Den Herren Aerzten Literatur und Proben gratis und franco
von **BAUER & Cie.**, Sanatogenwerke, **Berlin SW. 48.**

Unguentum Heyden

Salbe aus **Calomelol** zu **antisyphilitischen** Schmierkuren *(Neisser)*. Färbt weder Haut noch Wäsche. Leicht einreibbar (höchstens 15 Min.). Einzeldosis 6 g. — In graduierten Schieberöhren zu 30 und 60 g. Verordnung in Einzelpackungen wegen Subtilität der Salbe zu vermeiden.

Calomelol

(Kolloidales Kalomel.) Ersatz für Kalomel als innerliches **Antisyphilitikum** in Tabletten zu 0,01 g, als Streupulver auf **Schanker, syphilitische Geschwüre.** Weniger giftig als Kalomel.

Novargan

Reizlosestes Antigonorrhoikum unter den **Silberpräparaten.** Ueberlegene keimtötende Wirkung. Für Injektionen, 0,2—1%ige Lösung. — In **frischen Fällen** (zur Abortivbehandlung 1—3%ige Lösung (10 cm^3) zu Injektionen oder 15%ige Lösung (0,5 cm^3) zu Instillationen. — Lösung **kalt** bereiten; darf für Blasenspülung auf 40^0 erwärmt werden.

Xeroform

Bester Ersatz für Jodoform.

Eminent austrocknend, ungiftig, nicht reizend. Desodorisiert selbst jauchige Sekrete. **Spezifische** Wirkung bei **nässenden Ekzemen, Intertrigo, Ulcus cruris, Verbrennungen.**

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Fersan

(Jolles)

Eisen- und phosphorhaltiges Nähr- und Kräftigungsmittel.

Fersan in Pulverform.
Fersan in Pastillenform.

Jod-Fersan-Pastillen für Erwachsene
(in Original-Kartons zu 100 Stück).
Kal. jod. 0.05, Fersan 0.2.
D. S. 2mal tägl. je 3—6 Pastillen, je nach der Indikation.

Jod-Fersan-Schokolade-Kinder-Pastillen
(in Original-Kartons zu 50 Stück).
D. S. 2mal täglich je 2—4 Pastillen.

Fersanwerk Wien IX Berggasse 17.

Erhältlich in allen Apotheken.

Den Herren Ärzten Literatur und Proben gratis und franko!

Sapolentum Hydrarg. Görner

zur farblosen Quecksilber-Schmierkur

ist in Gelatinekapseln dispensierte 33 1/3 % Quecksilbersalbe löst sich in Wasser.
Der Körperteil ist nach der Bearbeitung

farblos, sauber und geruchlos.

Bewährter Fortschritt!

Hauptvorzüge gegen Unguentum cinereum:
Unveränderliche Haltbarkeit und **Kontrolle des Masseurs.**
Ambulante Behandlung ohne Berufsstörung des Patienten.
Zuverlässige Wirkung, welche von Dr. Max Josef klinisch erprobt, in wissenschaftlichen Arbeiten besprochen und von Dr. A. Blaschko und vielen anderen Autoritäten lobend anerkannt ist.

(Derm. Centralbl. 1893 No. 6. Dtsch. Ärzte-Ztg. 1900 H. 8 und 1901 H. 2. Berl. klin. Wochenschr. 1900 No. 51 und 52. Lehrbuch d. Geschlechtskrankheiten, Dr. Max Joseph, III. Aufl. 1901).

Preis für 1 Schachtel mit je 10 Kapseln: à 3 gr. = 1.50, à 4 gr. = 1.75, à 5 gr. = 2 M., wie ungt. ciner. in Papier.

Zu beziehen durch alle Apotheken oder direkt von

Görner, Hofapotheker, **Berlin W.,** Ansbacherstr. 8.

Kein Vehikel befördert die Resorption wie **VASOGEN**

Jod-Vasogen
6 % u. 10 %.

Innerlich und äußerlich an Stelle von Jodkali und Jodtinktur. Schnelle Resorption, energische Wirkung; keine Nebenwirkungen; keine Reizung und Färbung der Haut.

30 gr. Mk. 1.—, 100 gr. Mk. 2.50.

Hg.-Vasogen-Salbe
33 1/3 % u. 50 %.

enthält das Hg. in feinster Verteilung, wird schnell und vollkommen resorbiert, daher kein Beschmutzen der Wäsche, unbegrenzt haltbar und billiger als Ung. ciner.

In Gelat.-Kaps. à 3, 4 u. 5 gr.

Da wertlose Nachahmungen vorhanden, bitten wir, stets unsere Original-Packung („Pearson") zu ordinieren.

Vasogenfabrik Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg.

Anthrasol.

Gereinigter, farbloser Teer.

Anthrasol ist ein leichtflüßiges, hellgelbes Öl mit spezifischem Teergeruch, wird schnell resorbiert und besitzt größere Tiefenwirkung als gewöhnlicher Teer. Anwendung: wie Steinkohlenteer bei Ekzem, Pruritus, Lichen, Scabies usw.

Literatur und Muster zu Diensten.

Knoll & Co., chemische Fabrik, Ludwigshafen a. Rh.

Neuartige Medikation.

Arhovin. vorzüglichstes Präparat zur **internen** und **externen** Behandlung der **Gonorrhoe.**

Zuverlässigstes
Harn-Desinfiziens
da von **hoher, antibakterieller Wirkung.**

Wichtiges **Prophylaktikum** gegen
Gonorrhoische Gelenkentzündungen und **Endocarditiden.**

Kein Santal, Formaldehyd, Pflanzenextrakt, Salolpräparat etc., sondern **Additionsprodukt** des **Diphenylamins** und der **Thymylbenzoesäure** (esterifiziert); es stellt eine Flüssigkeit dar, die ihres kühlend brennenden Geschmackes wegen nur **in Gelatinekapseln eingenommen** werden kann. (Originalschachteln oder in einzelnen Dosen bequem zu verwenden.)

Arhovin ist in Wasser unlöslich, leicht löslich dagegen in Oel, weshalb es in **Oellösung** zu **Injektionen, Blasen-** und **Scheidenausspülungen mit Kakaoöl,** zu **Stäbchen, Vaginalkugeln, Wat tetampons** etc. verwendet wird.

Arhovin beseitigt schnell Schmerzen und Brennen, ruft nie Magenbeschwerden oder **Nierenreiz** hervor.

Indikationen:

Gonorrhoea
acuta et chronica
Cystitis gonorrhoica
acuta et chronica
Cystitis simpl.
acuta et chronica
Fluor albus
Harnsaure Diathese.
Metastatische Abszesse des Uterus und der Ovarien.

Besonders empfehlenswert bei Behandlung der Gonorrhoe der Frauen

Literatur steht den Herren Aerzten zu Diensten.

Medikation:

Intern

Rp. **Arhovin** 0,25 — Originalschachtel:
in caps. gel. — 30 Stück à 0,25 gr. = 2 Mk.
S. 3—6mal tgl. 1 Kapsel — 50 Stück à 0,25 gr. = 3 Mk.

Extern

Rp. **Arhovin** 1—2 gr.
Ol. arachid. oder olivar. ad 100.
S. extern 2—4mal tgl. 1 Spritze, ev. Blasen- oder Scheidenausspülungen, ev. zum Tränken von Wattetampons für Vagina, Uterus etc. oder

Rp. **Arhovin** 0,05 gr.
Ol. cacao 1—2 gr.
f. bacill. dent. tal. dos. q. s. S. 2—4mal tgl. 1 Stäbchen einzuführen (für männl. u. weibl. Urethra) Originalschachtel 10 Stück **1.50** Mk., 20 Stück **2.50** Mk. oder

Rp. **Arhovin** 0,05—0,1 gr.
Ol. cacao 1—2 gr.
f. globul. dent. tal. dos. q. s. S. 2—4mal tgl. ein Stück einzuführen (f. d. vag.). Originalschachtel 10 St. **1.50** Mk., 20 St. **2.50** Mk.

Chemisches Institut **Dr. Horowitz, Berlin N. 24.**

Liquidum: Zum Aufpinseln. **„THIOL"** Sicc. pulv.: Zum Aufstreuen.

Hervorrag. Heilmittel d. **Dermato-Therapie.** Vorzügl. bewährt bei: **Acne, Dermatitis, Eczemen, Erysipel, Erythemen, Herpes, Impetigo, Intertrigo, Pemphigus, Pityriasis, Prurigo, Pruritus, Psoriasis, Rosacea, Sycosis, Urticaria, Varicen** usw.

Nach den Untersuchungen in der dermatologischen Universitätsklinik Berlin kommen dem **„THIOL"** als hervorragende Eigenschaft eine **wasserentziehende, keratoplastische, gefäßverengende und leicht antiseptische** Wirkung zu.

Bei Verbrennungen von unübertroffener Heilwirkung. Seit 15 Jahren in zahlreichen Krankenhäusern und ausgedehnter ärztlicher Praxis ständig angewendet.

THIOL ist völlig frei von unangenehmem Geruch, im Wasser leicht löslich und läßt sich aus der Wäsche leicht entfernen.

Literatur zu Diensten. **J. D. Riedel Aktiengesellsch., Berlin N. 39,** Chem. Fabriken.

Eine medizinische Novität,

die in ärztlichen Kreisen Aufsehen erregte und von der gesamten Fachpresse eingehend beurteilt wurde, ist:

Darf der Arzt zum ausserehelichen Geschlechtsverkehr raten?

Von Dr. med. **Max Marcuse,** Spezialarzt für Dermatologie in **Berlin.** Preis **M. 1.50.**

Verlag der Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.
W. Malende in Leipzig.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Mitinum purum.

Eine überfettete
Emulsion mit hohem Gehalt
an serumartiger Flüssigkeit.

Basis
für
Salben u. Pasten.

Mitinum cosmeticum
(Mitincream)

Geschmeidig, spielend leicht in die Haut eindringend, fein parfümiert. Zur Einfettung und Reinigung der Haut. Vorzügliches Kühlmittel.

Kassenpackung:
Büchse à 25 Gramm:
25 Pfg.

Dr. Jessner's Mitin-präparate

Fabrikanten:
Chemische Fabrik
Krewel & Co.
G. m. b. H.
Cöln a. Rh.

Literatur
und Proben auf
Wunsch.

Pasta Mitini
(Mitinpaste)

Beim Verstreichen hautfarbig. **Rein** statt Zinkpaste etc. bei allen leichten Entzündungsprozessen der Haut. Zum Schutze empfindlicher Hände. **Basis** für alle in Pastenform verordnete Medikamente.

Kassenpackung:
Büchse à 20 Gramm
25 Pfg.

Mitinum mercuriale
(Mitin Hydrargyrum)

33⅓% Hydrargyrum vivum.
Wenig färbend, in
5 Minuten zu verreiben.
Sehr wirksam.

Kassenpackung:
Glasröhre à 30 Gramm:
70 Pfg.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig. — Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben

von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—) Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 31.

Heft 11. **November 1905.** Jahrgang II.

Inhaltsübersicht.

I. Originalarbeiten:

1. *Dr. Otto Große-München:* „Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten." = Entgegnung auf die Ausführungen des Herrn Dr. Blokusewski in Heft 7 dieser Zeitschrift. =
2. *Dr. M. Porosz-Budapest:* „Ein ulcus venereum von großem Umfange."
3. *Dr. M. P. Manassein-St. Petersburg:* „Beiträge zur Geschichte der Dermato- und Venerologie." Übersetzt von *Dr. Otto Steinborn-Thorn.* (Fortsetzung.)
4. *Dr. med. Wilhelm-Hammer-Berlin:* „Über Prostitution und Homosexualität, zugleich ein Beitrag zur Lehre von den Enthaltsamkeitsstörungen."

II. Referate:

1. *H. Füth:* „Beitrag zur Ureterenchirurgie."
2. *George Theodore Mundorff:* „A Case of Horsehoe Kidney Found During an Operation for Nephrectomy on the Cadaver."
3. *Röder-Berlin:* „Demonstration eines Myosarkoms der Blase."
4. *Karl Ritter v. Stejskal und Edgar Axisa:* „Über Veränderungen der Magensekretion bei einseitiger Nierenexstirpation."
5. *Thelemann:* „Über die Entkapselung der Niere."
6. *Lommel:* „Über Pubertätsalbuminurie."
7. *R. Stern:* „Familiäre Enuresis nocturna."
8. *Ernst Bendix:* „Über Wechselbeziehungen zwischen Haut- und Nierentätigkeit."
9. *Seelig:* „Über Ätherglykosurie und ihre Beeinflussung durch intravenöse Sauerstoffinfusionen."
10. *F. Kornfeld:* „Zur Ätiologie und Klinik der Bakteriurie."
11. *A. Weber:* „Klinische Untersuchungen über febrile Albuminurie."
12. *Wilhelm Lörch:* „Über die Tuberkulose des Harn- und Geschlechtsapparates beim Weibe."

13. *Motz u. Bartrina:* „Contribution à l'étude des abscèss, périnéaux et des phlegmons diffus d'origine uréthrale."
14. *P. Rosenstein:* „Zur Prophylaxe der postoperativen Cystitis bei Frauen."
15. *O. Gütschow:* „Zur Kenntnis der weiblichen Epispadie."
16. *Benjamin R. Schenck-Detroit:* „Renal Hematuria of unexplained oirigin. Report of a case with cassation after Nephrotomy."
17. *John F. Erdmann-New-York:* „Prostatectomy in emergency cases."
18. *Motz et Arrese:* „Note sur les vessies des prostatiques sans prostate."
19. *Stuertz:* „Eustrongylus gigas im menschlichen Harnapparat mit einseitiger Chylurie."
20. *E. Segalow:* „Zur Frage vom sogenannten Diabetes insipidus."
21. *D. Abramowitż:* „Zur Frage von der harnsauren Diathese im Kindesalter".
22. *C. Posner:* „Die Behandlung der Blasentuberkulose."
23. *Maximilian Hirsch:* „Über epidurale Injektionen."
24. *H. Rille:* „Über Phimosis acquisita." (Klinischer Vortrag).
25. *Miskhailoff:* „Un nouvel appareil pour la stérilisation des sondes en gomme."
26. *Gaudier:* Volumineuse tumeur du scrotum; lymphangiome kystiquel."
27. *Piere Bakalleinik:* „Traitement des rétrécissements de l'urèthre sans pression sur les parois adjacentes saines, dilatation de l'uretere."
28. *Guiard:* Traitement des uréthrites à gonocoques par la méthode de Janet."
29. *Albert Freudenberg:* „Über Kamphersäure als prophylactisches Mittel gegen Katheterfieber."
30. *G. Nobl:* Zur Abwehr der blennorrhoischen Infektion beim Manne."
31. *Müller:* „Beitrag zur Entstehung des sogenannten Verandageschwüres des Anus."
32. *Christen:* „Beiträge zur Pathologie u. Therapie der Harnröhrenstricturen auf Grund einer Reihe von 400 Fällen."
33. *Felix Block-Hannover:* „Zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe nach Blaschko."
34. *B. Salge:* „Die Behandlung der hereditären Syphilis des Säuglings."
35. *C. Hödlmoser:* „Tabes und Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse von Bosnien und Herzegowina."
36. *Th. Burgdorf:* „Beitrag zur Casuistik der Lues spinalis."
37. *L. I. Jakobson:* „Die geschlechtliche Enthaltsamkeit vor dem Forum der Medizin."

III. **Besprechungen:**

1. *K. Ries-Stuttgart:* „Über Harnverhaltung."
2. *Magnus Hirschfeld-Charlottenburg:* „Berlin's drittes Geschlecht" (Großstadt-Dokumente Bd. 3).

I. Originalarbeiten.

Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten.

Entgegnung*) auf die Ausführungen des Herrn Dr. Blokusewski-Niederbreisig in Heft 7 dieser Zeitschrift.

Von Dr. **Otto Große-München.**

Ad 1: Daß an den Blokusewski'schen Apparaten neuerdings abermalige Verbesserungen erforderlich geworden sind, konnte in meinem, am 9. November 1904 gehaltenen Vortrage nicht berücksichtigt werden.

Ad 2: Die Handhabung einer Tube ist jedenfalls weit sauberer und einfacher.

Ad 3: Blokusewski behauptet, sich „nie gegen die Sicherheit der Tuben ausgesprochen" zu haben. Ich zitiere:

„Bequemer finde ich die Tuben der Viro-Gesellschaft, abgesehen von ihrer oben erwähnten zweifelhafteren Sicherheit."

Blokusewski, Dermatologisches Centralblatt 1903, 6 p. 167.

„Über die geringere Sicherheit der Tuben habe ich mich bereits ausgesprochen."

Blokusewski, Dermatologisches Centralblatt 1903, 1 p. 7.

Daß ich Blokusewski's Ansicht durchaus nicht mißverstehe, geht gerade am Besten aus dem von ihm angefochtenen Satze meiner Arbeit (S. 263) hervor: „Blokusewski spricht sich allerdings wiederholt über die geringere Sicherheit der Tuben aus, doch möchte ich dem entgegenhalten, daß es entschieden wichtiger und richtiger ist, eine Tube mit unzersetzlichem Inhalt zu konstruieren, bei der die Notwendigkeit, letzteren erst auf seine Beschaffenheit zu prüfen, fortfällt, als ein gläsernes Behältnis zu wählen, bei dem man zwar die Möglichkeit solcher Prüfung hat, aber gewärtig sein muß, so und so oft zersetzte oder eingetrocknete Lösungen zu finden."

Blokusewski gibt meine Ausführungen in entstellter Form wieder: Von den pastösen Mitteln habe ich nicht (S. 266) behauptet, daß sie „im Moment im Wasser gelöst sind" — was ein Unsinn wäre —,

*) Eigentlich für Heft 8 bestimmt gewesen; der Abdruck hat sich durch ein Versehen verspätet!

sondern ich habe gesagt, daß „schon einen Moment nach ihrer Einführung in die Harnröhre eine ganz wie Wasser flüssige Lösung in derselben wirkt.“ Ferner habe ich keine „mikroskopischen“, sondern selbstverständlich bakteriologische Untersuchungen in Aussicht gestellt.

Ad 4 bleibe ich der Ansicht, daß größtmögliche Reinlichkeit bei Handhabung der Prophylaxe zu fordern ist.

Ad 5: Von Preisen und Bezugsquellen zu reden, halte ich in wissenschaftlichen Debatten nicht für angebracht.

Schließlich: Feistmantel konnte den Offizieren nur die bisher bekannten (Gonorrhoe-) Prophylaktica empfehlen, bei denen sich der Streit drehte um „Flüssig oder pastös?“ Er wählte flüssige Medikamente. Die wesentliche, **ausschlaggebende** Frage aber lautet: „Zersetzliche oder unzersetzliche Agentien?“ Auf der einen Seite Präparate von unzuverlässiger, sehr oft völlig illusorischer Wirksamkeit, auf der andern konstante Sicherheit der Wirkung, — das Haupterfordernis eines „Schutzmittels“!

Ein ulcus venereum von großem Umfange.

Von **Dr. M. Porosz-Budapest.**

Die Erfahrung, die Erkenntnis des Guten, das Erkennen des Schlechten und die Erforschung der dies hervorrufenden Ursachen gibt auch der medizinischen Wissenschaft den Charakter und den Wert des praktischen nützlichen Wissens. Wissenswertes von großem Nutzen soll auch dieser kurze Artikel behandeln. Vor einigen Jahren referierte ich, welch brauchbares einfaches Mittel das „Alumen ustum pulverisatum“ gegen Wunden und Ulcera ist. Diese Erfahrung erweiterte sich mit der Zeit.

Es kamen wohl einige Fälle vor, in denen nur die Empfindsamkeit der Patienten der Anwendung desselben nach Herzenslust ein Hindernis war. Bei einzelnen Patienten zeigt ein „Ulcus molle“ eine solche hochgradige Empfindlichkeit, daß nicht nur der Patient, sondern auch der Arzt zu leiden hat, wenn er die Reinigung vornimmt. Man muß Alkohol und Äther als Reinigungsmittel bald aufgeben. Auch das Sublimat muß beiseite gelegt werden, und auch das in neuester Zeit empfohlene und sich gut bewährte Hydrogen superoxyd (1—5%) kann nur in Tropfen verwendet werden. Das Abtrocknen stößt schon wegen der Empfind-

lichkeit des Patienten auf Hindernisse. So ist man auf einen nassen Verband angewiesen, den man, mit 1%igem Hydrogensuperoxyd befeuchteter Gaze vornehmen kann. Ganz machtlos war ich bei einem Ulcus von großem Umfange. Ein 28jähriger junger Mann litt seit 5 Wochen an einem großen Ulcus molle. Seine Empfindlichkeit war unbeschreiblich. Berührte man den Verband, löste sich das Zittern in Krämpfe aus. Sein Ulcus nahm im sulcus den Anfang, arrodierte den Rand der Glans ab und untergrub ihn recht tief. Der rechtsseitige „Corpus cavernosum" war von der Haut ganz entblößt, sodaß nur der untere Teil neben der Glans bedeckt war, während auf der dorsalen Seite des Penis, auch auf die linke Seite sich erstreckende und untergrabene Fläche sichtbar war. Der Hautlappen, der in der Luft hing, zeigte an manchen Teilen des Randes eine Vernarbung.

Der große Umfang des Ulcus ist nicht von selbst entstanden. Auch eine operative Einmengung hatte dazu beigetragen. Wie ich mich auch von der Schilderung des Patienten überzeugen konnte, hatte sich neben dem Ulcus eine Lymphangoitis gebildet, die an einer Stelle zu einem Abscess geführt hat. Er wurde in der ganzen Länge in der Richtung des Ulcus eröffnet.

Mit der chirurgischen Einmengung hat der Umfang des verderblichen Prozesses nur gewonnen, sodaß später, als der Ulcus rein zu werden anfing, ich bestrebt war, mit Heftpflaster die hängenden Hautteile einander näher zu bringen und dadurch die Wundfläche zu verkleinern.

Dies ist mir insoweit gelungen, daß die von beiden Seiten herunterhängenden Hautlappen schon kaum 1 cm weit von einander waren.

Die Ätzungen nahm ich mit „Acidum nitricum" vor und zwar abwechselnd in $^1/_2$—1—2—3%iger Lösung, je nachdem es der Patient ertrug. Die arrondierte und untergrabene Glans reinigte sich und so auch der unterhalb derselben befindliche Ulcus; später war ich bestrebt, die granulierenden Flächen mittels Collodium miteinander in Berührung zu erhalten, was mir auch gelungen ist. Die vom Sulcus bis zur Glans sich erstreckende Vertiefung verschwand, denn die Hautbildung erfolgte von den Wundrändern, die nach und nach zusammenkamen. Den nassen Verband (jetzt schon $^1/_2$—2% Acid. nitricum) beibehaltend, blieb in der Mitte des Ulcus eine granulierende Fläche, die nach einer Behandlung mit Alumen ustum bald vertrocknete. Auch eine entsprechende Hautbildung ging vor sich. Das ist eine kurze Skizze der mit vielen Mühsalen verbundenen Behandlung.

Eine reparative Plastik wies der Patient zurück. Wenn auch der Penis nicht ideal schön ist, so ist der Patient — abgesehen von einer kleinen Krümmung bei Erektionen — doch zufrieden.

Anfangs verursachte es große Schwierigkeiten, wie der Verband gegen den Urin geschützt werden könnte. Trotz der großen Vorsicht ist dies erst gelungen, nachdem ich unterhalb des Orificiums den Rand des Verbandes mittels fingerbreiten Heftpflasters an den Penis befestigt hatte.

Dieser Fall brachte mir zwei ältere Fälle in Erinnerung, bei denen in der Nähe des Ulcus ebenfalls Bubonen auf dem Penis entstanden sind. Ich öffnete sie nach Feststellung der Fluctuation. Den Schnitt machte ich möglichst weit vom Ulcus, damit die zurückgebliebene Hautbrücke den Heilprozeß erleichtere.

Den geöffneten Abszeß behandelte ich in schon bekannter Weise, wie andere Abscesse. Den Eiter drückte ich aus und spritzte 1 bis 2—3% Acid. nitric. ein. So heilte nach einigen Tagen der Abceß. Der Ulcus war somit nicht künstlich vergrößert.

In solchen Fällen darf die Fläche des Ulcus nicht vergrößert werden, indem mit einem chirurgischen Schnitt gegen den Ulcus der Absceß geöffnet wird. Solche Hautbrücken tuen bei der Heilung sehr not. Die Hautfläche geht nicht auseinander und die Epidermisbildung kann in längerer Linie den Anfang nehmen. Ich glaube, daß auch in diesem Falle der reparative Prozeß leichter von statten gegangen wäre, wenn eine Hautbrücke vorhanden gewesen wäre. In solchen Fällen muß man den Gebrauch des Messers auf ein Minimum reduzieren, denn jede neuere Wunde vergrößert die Ulcusfläche, weil auch diese infiziert wird.

Diese kurze Skizze belehrt uns, daß man „durch fremden Schaden klug wird."

Beiträge zur Geschichte der Dermato- und Venerologie.*)

Von **Dr. M. P. Manassein,** Privat-Dozent an der med. milit. Akademie **St. Petersburg.**
Übersetzt von Dr. Otto Steinborn-Thorn.

(Fortsetzung.)

Auf meine Bitte, gestatten zu wollen, dieselbe näher anzusehen, erbot sich letzterer in äußerst liebenswürdiger Weise, mir dieselbe persönlich

*) Erschienen in dem vom Verfasser redigierten „Russkij medizinskij Wjestnik" (Russischer medizinischer Bote) 1900.

zu zeigen, obwohl er, wie es sich später herausstellte, die Visite schon beendigt hatte, und Operationen seiner harrten. War es nun die Verschmelzung eines Dermatologen und Chirurgen in der Person eines einzigen Arztes, oder war es in der Tat der Mangel an Raum, aber die Hautkranken lagen abwechselnd zwischen rein chirurgischen Fällen. Collega Samter teilte mir — gleichsam als Antwort auf mein stummes Erstaunen — mit, daß die neue Klinik für Hautkranke nach 2 Jahren fertig sein würde, da die Gelder zu ihrem Bau schon bewilligt seien. Die Reinlichkeit in allen Sälen läßt nichts zu wünschen übrig, das muß man sagen, aber Neues und besonders Interessantes war nicht vorhanden; vielleicht wäre ein besonderer Apparat zum Anfüllen eines Dauerbades zu erwähnen, der tatsächlich durchaus praktisch erscheint, doch nach meiner Ansicht in der Konstruktion zu kompliziert ist im Vergleich zu seiner einfachen Verwendung. Von interessanten Kranken war im gegebenen Momente nur ein Fall von Hautgeschwür trophoneurotischen Charakters, was auch Prof. Caspary bei der Consultation diagnostiziert hatte. Der allgemeine Typus der Abteilung war ganz ähnlich, wie bei uns in gut eingerichteten Krankenhäusern. Samter selbst erfüllte die ihm auferlegte Pflicht offenbar ex officio. Abgesehen von seinem soliden Äußeren, stellt er den Typus eines enthusiasmierten Chirurgen dar. So erklärte und zeigte er mir länger als $^3/_4$ Stunden lang soeben von Prof. Wolff aus Berlin erhaltene mikroskopische Präparate von aufgesägten Knochen, indem er an ihnen die ganz neue Theorie Wolff's auseinandersetzte, die mich — als Nichtspeziallsten auf diesem Gebiete — trotz der kunstvollen Ausführung der Präparate, offen gestanden zu meiner Schande, nicht besonders interesslerte, da ich noch eine besondere Abteilung sehen wollte, wo sich die kranken Prostituierten befanden. Als wir uns dieser Abteilung näherten, sah ich, daß sie sich im 2. Stock eines abgesonderten 2stöckigen Gebäudes befand. Man gelangt zu ihr auf einer engen, hölzernen, mit Windungen versehenen Treppe. Die Tür zur Abteilung ist beständig verschlossen und wird nur beim Ertönen einer Klingel geöffnet. Die Fenster in den Sälen sind fast ganz mit weißer Deckfarbe bestrichen und mit einem festen Drahtgitter versehen, sodaß darin ein unangenehmes Halbdunkel herrscht. Die Säle selbst sind niedrig und klein im Verhältnis zur Anzahl der darin befindlichen Kranken. Die Fußböden sind aus Holz und nicht gestrichen; die Badewannen und Aborte sind primitiv. Trotz des Sommers und der geöffneten Luftfenster (der einzigen Ventilation) ist die Luft erstickend

und es riecht, ich möchte sagen, spezifisch nach Salbe. Die Kranken sehen grünlich-blaß aus und haben einen welken, apathischen Gesichtsausdruck, da der Garten, trotzdem er vorhanden, den Kranken aus verschiedenen Gründen nicht zur Verfügung steht. In dieser Abteilung befanden sich auch einige Kinder.

Nach beendeter Besichtigung der Klinik erfuhr ich von einem Ordinator, daß es in Königsberg für mich nichts Interessantes mehr gebe, da die Poliklinik des Prof. Caspary, trotzdem er daselbst den Unterricht in der Dermatologie erteile, sozusagen einen privaten Charakter habe und sich in nichts von einem gewöhnlichen Ambulatorium unterscheide. Es bestehe allerdings noch eine halboffizielle Poliklinik gemeinschaftlich für Rachen-, Nasen- und . . . . Hautkranke, welche unter der Leitung des Privatdozenten P. Gerber steht. Derselbe hält Vorlesungen über Laryngoskopie und Rhinoskopie. Ich gestehe, daß ich dem Kollegen nicht glauben wollte, und deshalb verfehlte ich nicht, nach dem Steindamm zu fahren, wo sich das erwähnte Ambulatorium befand. Hier überzeugte ich mich durch das Aushängeschild von der Wahrhaftigkeit. Letzteres erschien mir noch aus einem anderen Grunde interessant; es stand nämlich auf ihm geschrieben: „Für Arme Empfangszeit von 8—11 morgens, ärztlicher Rat, Arzenei und Verbände umsonst; für Privatpatienten von 11—12 morgens und von 4—5 im Hauptgebäude". (Die Armen im Hofgebäude.)

Ich möchte hier noch erklärend erwähnen, daß ich, wenn ich aus dem Rahmen des mir gesetzten Zieles nicht herausgehen will, im allgemeinen von der Wiedergabe der Eindrücke, welche die Besichtigung der medizinischen und nichtmedizinischen Merkwürdigkeiten in mir hinterließen, absehen muß, mögen sie auch noch so interessant sein und in unmittelbarem Zusammenhang mit der Medizin im weiteren Sinne des Wortes stehen; habe ich doch auf den ersten Plan die allgemeine und spezielle Hygiene gesetzt und erst an letzter Stelle — die Psychologie der Volksmenge. Und doch kann ich es nicht unterlassen, einige davon sowohl hier als auch bei den späteren Ausführungen zu erwähnen, da sie uns, wenn wir sie im Auslande, in den höchsten Kulturstaaten, antreffen, wenigstens zum Teil mit dem aussöhnen, was wir leider in der Heimat so oft vorfinden, die ja bekanntermaßen in kultureller Beziehung weit zurückgeblieben ist.

So setzte mich z. B. eine Vorlesung mit der Überschrift: „Medizinische Sekten (Homöopathen, Naturheilkünstler, Wasserärzte usw.)" in großes Erstaunen. Man muß annehmen, daß es an der Zeit war,

den gegenwärtigen Stand dieser Frage in Deutschland öffentlich zu besprechen, wenn eine so angesehene Persönlichkeit, wie Prof. Samuel, eine solche Vorlesung anzukündigen für nötig hielt, mit anderen Worten, daß seine Langmut zu Ende war. In demselben Königsberg hängt, 2 Schritte vom Krankenhause entfernt, über einer Tür ein kupfernes, nierenförmiges, kleines Becken und über ihm ein Aushängeschild: „Schröpfköpfe, Blutegel und Zähneziehen — Barbier F. Kuhn!"

Nicht schlecht ist auch folgende Zeitungsannonce: „1 Hofrat und 5 Ärzte bezeugten unter ihrem Eide vor Gericht die Wirksamkeit meiner, Staunen erregenden Erfindung gegen vorzeitige Mannesschwäche. Die Broschüre mit diesen Zeugnissen und dem Urteil des Gerichtes ist dort und dort zu haben und kostet so und so viel." Solchen und ähnlichen Ankündigungen, in irgendeiner Weise mit diesem Thema zusammenhängend, begegnete ich später tatsächlich in so großer Menge, daß sie mich nicht mehr empörten, sondern nur noch folgenden Gedanken bei mir anregten: „O ihr Armen, wie müßt ihr hungrig sein!"

Wenn sich nun Königsberg auf diese Weise recht arm für unsere Spezialität erwiesen hatte, so gebrauchte ich nach meiner Ankunft in Berlin einen ganzen Tag, um die Auswahl zu treffen, was des Interessanten am meisten Nutzen bringe, umsomehr als eine afrikanische Hitze herrschte, die im Schatten 40° und mehr betrug!

Vor allen Dingen mußte ich natürlich Halt machen bei der Klinik für Haut- und Geschlechtskranke des Prof. Lesser in der Neuen Charité, weil die sozusagen offiziellen Professoren dieser Spezialität er und Prof. Schweninger waren. Der Name des letzteren dürfte wohl jedem russischen Arzte bekannt sein, da er durch den Willen und Wunsch des verstorbenen Bismarck in die Reihen der Dermatologen eingeführt wurde. Das Originellste dabei ist, daß Prof. Schweninger der erste Direktor der Berliner Hautklinik war, da dieselbe seit ihrem Bestande von 1858 bis 1884 mit der Klinik für Syphilis und venerische Krankheiten vereint war. Erst bei der Ernennung Schweninger's wurde sie hiervon abgeteilt und selbständig gemacht. Neben der Klinik, ja schon vor ihrer Selbständigkeit — d. h. seit dem Jahre 1874 — besteht eine Poliklinik für Hautkranke. Da Prof. Schweninger Therapeut (innerer Kliniker) war und blieb, (wovon seine, freilich nicht zahlreichen Arbeiten zeugen, in denen er die Dermatologie nur mit einigen Worten bespricht), so entschloß ich mich, ihn nicht zu belästigen. —

Des Weiteren gibt es in Berlin Professoren unserer Spezialität,

welche im Vorlesungsverzeichnisse zu den Privatdozenten gerechnet werden. Dieses „curiosum specificum", wenn ich mich so ausdrücken darf, werde ich später erklären, soweit man mich darüber informiert hat. Hierher gehören O. Lassar, G. Behrend wie auch Professor Posner, der Vorlesungen über Krankheiten des uropoetischen Apparates und zu gleicher Zeit über innere Krankheiten hält; nach ihnen folgt eine ganze Reihe von wirklichen Privatdozenten, wie M. Nitze, L. Casper, L. Lewinsky; letzterer liest über Hautkrankheiten, gleichzeitig aber über „Perkussion, Auskultation und andere Untersuchungsmethoden der inneren Medizin." Außerdem gibt es noch eine große Anzahl von Privatkliniken und Polikliniken, wo theoretischer und praktischer Unterricht für die Schüler — ganz nach den Grundsätzen wie an der Universität — erteilt wird. Diese Privatkliniken und Polikliniken stehen nicht unter der Leitung von Professoren und Privatdozenten allein, sondern auch unter der von Doctores medicinae, die obigen Titel nicht haben. So hat in unserer Spezialität z. B. Prof. Lesser eine Hautklinik mit Poliklinik; eine Klinik und Poliklinik für Haut- und venerische Kranke besitzt der bekannte Dr. A. Blaschko; eine Poliklinik haben Dr. Heller, Dr. Ledermann, Dr. Saalfeld, Dr. Joseph usw. Die einzige Heilanstalt, an der die Studenten auf Wunsch der „Stadtväter" nicht zugelassen werden, ist „die Station für syphilitische Weiber", die Prof. Behrend als Oberarzt leitet. Die Beweggründe hierfür sind ziemlich kompliziert, ähnlich wie bei uns. Ich erwähne nur, daß diese „Station" sich an der äußersten Peripherie der Stadt befindet, sodaß sie zum Besuche durch Studenten äußerst ungünstig liegt. Im Publikum ist diese Heilanstalt mehr unter dem Namen „Obdach f. syph. Frauen" bekannt, (d. h. Zufluchtsort), da man in der Tat — aus Mangel an Raum und an ähnlichen Gebäuden — einen Teil des Hauses hierfür anpassen mußte, das eigentlich vorher dazu bestimmt war, als Zufluchtsort oder Armenhaus für Männer, Weiber und Kinder zu dienen. Diese Anpassung sollte nur zeitweilig sein, aber es blieb dabei. —

Auf der Suche nach der Klinik Prof. Lesser's überzeugte ich mich bald, daß es durchaus keine leichte Sache sei, — auch wenn man den Verteilungsplan in der Hand hat —, sie zu finden, da die großen Gebäude der verschiedenen Kliniken auf einem ausgedehnten Platze verteilt sind, nirgends aber eine Aufschrift zu finden war! Aber abgesehen davon: Der majestätische Portier — ganz wie bei uns — winkt als Antwort auf unsere Frage majestätisch mit dem Finger in die Ferne und kehrt uns nicht weniger majestätisch den Rücken zu,

als ob hiermit alles erledigt sei. Vielleicht hatte ich persönlich Pech; aber niemand, den ich unterwegs fragte, — auch nicht die Diener, die ich an der Kleidung zu erkennen glaubte —, konnte mir eine endgültige Weisung geben. Als ich schließlich das Gebäude gefunden hatte, in welchem sich die Klinik von Prof. Lesser befindet, traf ich einen liebenswürdigen Kranken aus der Nachbarklinik, der sich bereitwillig erbot, mich zu führen. Leider wurde ich dadurch die Veranlassung, daß der letztere einen herben Verweis von irgendeinem Aufseher bekam, da nach der bestehenden Hausordnung nicht gestattet war, daß die Kranken selbst von einer Etage zur anderen gingen. Ich kann nicht versäumen zu erwähnen, daß das Gebäude den Eindruck eines Gefängnisses macht, was übrigens nicht wunderbar ist, da es in Wirklichkeit einst als Gefängnis gedient hatte. Zum Andenken daran sind noch die kleinen Fensterchen mit Gefängnisgittern geblieben.

Da ich mich absichtlich früher als Prof. Lesser eingefunden hatte, so benutzte ich die kurze Zeit des Wartens beim Gehen durch den Korridor zu einer allgemeinen Besichtigung. Die Sauberkeit war überall bemerkenswert; buchstäblich nirgends ein Staubkörnchen; der Fußboden aus Holz, gestrichen, mit Wachs abgerieben. Die Luft ist rein und hat keinen Krankenhausgeruch. Als ich mich darauf Prof. Lesser mit der Bitte, die Klinik besichtigen zu dürfen vorstellte, machte er mir den Vorschlag, ihn beim Rundgange zu begleiten, wobei er hinzufügte, daß ich es nicht verübeln solle, wenn er den Rundgang wie gewöhnlich mache, als ob ich gar nicht zugegen wäre. Darauf konnte ich nicht anders, als mit einer zustimmenden, ehrfurchtsvollen Verbeugung zu antworten, was ich um so lieber tat, als es am meisten meinen Wünschen entsprach. Der Herr Professor hielt es jedoch nicht lange aus, denn fast sofort lenkte er meine Aufmerksamkeit auf einen wirklich hervorragenden klassischen Fall von Dermatit. exfol. bei einer Greisin, dann auf einen schon verheilenden extragenitalen syphilitischen Primäraffekt an einer Zehe, — derselbe ist schon veröffentlicht, — weiter zeigte er mir eine wundervolle Moulage dieses Falles, die bei der Aufnahme in die Klinik gemacht war, und so eine ganze Reihe von mehr oder weniger interessanten Fällen. Nach Beendigung des Rundganges fragte mich Lesser, welche Meinung ich von der Klinik hätte? Da ich nicht heucheln wollte, so antwortete ich, daß ich von einer Berliner Klinik mehr erwartet hätte, natürlich nur in bezug auf die Lage und den Bau, was aber unter den gegenwärtigen Verhältnissen nicht in Betracht käme. Hierauf machte sich der Professor selbst lustig über

seine Klinik und bemerkte, daß nach dem allgemeinen Plane über den Umbau der N. Charité die neue Klinik nach 10 Jahren fertig sein würde, und dann würde es sich lohnen, dieselbe zu besichtigen. Nun lud Prof. L. mich ein, mit ihm zusammen die Poliklinik zu besuchen, wohin er sich täglich nach dem Rundgange in der Klinik begebe. Beim Hinaustreten machte er mich auf einen Teil der äußeren Wand des Gebäudes aufmerksam, den er photographieren wolle, weil anders die Nachwelt nicht glauben würde, daß am Ende des XIX. Jahrhunderts in einer Berliner Klinik eine Wand bestehen könne, bedeckt mit alten Tapeten, die nach Abbruch des entsprechenden Teiles des Gebäudes kleben geblieben seien!

Die Poliklinik befindet sich in einem Privathause, das von der Universität gemietet ist, und ist ca. 10—15 Minuten von der Klinik entfernt. Auf dem Wege dorthin kamen wir auf den Aussatz zu sprechen, wobei Prof. L. äußerte, daß man ihn aus Rußland nach Deutschland „importiert" hätte, was ich mit diplomatischem Schweigen beantwortete. Unter anderem meinte er auch, daß es nach der Berliner Konferenz nicht mehr möglich sei, von seiner Nichtinfektiosität zu sprechen, daß man auch wohl vor derselben keine andere Meinung haben konnte. Ich erlaubte mir, andere Ansichten einiger einheimischer Vertreter anzuführen, worauf er seinerseits sich auf ein vielsagendes, diplomatisches Schweigen beschränkte. Bald darauf interessierte er sich lebhaft für unsere Ferien und meinte, daß unsere Studenten nicht weniger, wenn nicht sogar mehr, arbeiten als die ausländischen. Ich verschwieg dabei freilich die Frage der langdauernden Examina bei uns! Im weiteren Verlauf der Unterhaltung legte er besonderes Gewicht auf die Bedeutung der Poliklinik für das Studium, da seiner Meinung nach „die Übung den Meister mache". Man muß dieser Ansicht, glaube ich, durchaus beipflichten, wenn die Sache so steht, wie bei Prof. L., der selbst die Unterweisung der Studenten leitet, indem er jeden Tag die Poliklinik besucht und persönlich fast jeden Kranken besichtigt, wie mir die ordinierenden Ärzte erzählten. Etwas ganz anderes ist es natürlich, wenn die Poliklinik von einem eben approbierten, sich spezialisierenden Arzte ohne besondere Kontrolle mehr erfahrener Kollegen geleitet wird. Was nun speziell die Lage und den Bau der Poliklinik von Prof. L. anbetrifft, so sind sie unter aller Kritik. Ein solches Urteil teilt Prof. L. nicht nur, sondern er geht noch weiter, indem er behauptet, daß es für eine Universität unerlaubt wäre, eine solche Poliklinik zu besitzen, wo — abgesehen von der A — und Anti-

septik — nicht den elementarsten, zeitgemäßen Forderungen Rechnung getragen sei. Zum Beweise wird folgendes Beispiel genügen: bei der Menge von Kranken bleibt nicht soviel Platz übrig, daß man sich umdrehen kann. Die Kranken werden nicht getrennt von einander untersucht; so führte z. B. ein Arzt einem Kranken in liegender Stellung — in Gegenwart anderer Kranker — einen Guyon'schen Katheter ein, während andere Kranke von anderen Ärzten untersucht wurden. In demselben Zimmer hatte einer der Ärzte am Fenster das Mikroskop aufgestellt und machte schnelle Untersuchungen! Das Empfangszimmer für Männer war durch einen Verschlag, der nicht bis an die Decke reichte, so abgeteilt, daß gleichsam ein Korridor zum Durchgang für die Kranken entstand. Das Empfangszimmer für Frauen war noch kleiner, da man es aus Raummangel mittels einer Riegeltür in 2 Teile geteilt hatte, um nötigen Falles einen Isolierraum zur Leibesuntersuchung und zum Aus- und Ankleiden der Patienten zu haben. Der Teil des Zimmers hinter dem Verschlage, wo die Kranken warten, ist in Halbdunkel gehüllt, da man die Fensterseite natürlicherweise zum Empfangszimmer verwandt hatte. Nichts desto weniger geht die Arbeit wie mit Dampf, da eine Menge von Assistenten unter unmittelbarer Aufsicht von Lesser selbst die Abfertigung der Kranken vornimmt. Ich muß eingestehen, daß es ein Vergnügen sein muß, bei ihm zu arbeiten, weil er mit seinen Assistenten nicht nur kollegial, sondern wie ein Gentleman umgeht. So gefiel mir z. B. außerordentlich folgende Scene: Ein junger Assistent zeigte einen Fall von beginnender Conjunctivitis, über deren Aetiologie er zweifelhaft war; darauf sagte Lesser, nachdem er erfahren hatte, daß die Kranke gleichzeitig mit Quecksilber und Jod behandelt werde, nach seiner Meinung sei Hydr. jod. in statu nascendi die Ursache. „Zur Aufklärung rate er, die Therapie zu ändern".

Ebenso schlicht und freundlich war er im Verkehr mit den Kranken. So erzählt man sich folgende Anekdoten aus der Poliklinik: Eine junge Patientin, der man ein Epitheliom der Lippe entfernt hatte, brachte aus Dankbarkeit für L. einen Strauß künstlicher Blumen eigner Arbeit, worauf er mit dem Bemerken, daß der Arzt nicht auf Dankbarkeit rechne, jedoch glücklich sei, wenn er sie erfahre, den Strauß einem Assistenten überreichte, der die Operation ausgeführt hatte, der Kranken aber sagte, daß sie dem letzteren danken müsse, wenn sie jetzt hübscher geworden sei als früher.

Einem Studenten des Polytechnicum verordnete L. Arsenik gegen

Akne; als derselbe jedoch das Wort „Arsenik“ gehört hatte, wandte er sich an den Prof. mit der Frage, ob es nicht anginge, ohne Arsenik auszukommen. Auf die Frage Lessers, warum er denn eigentlich gegen das Arsenik sei, antwortete der Student, daß er „Anhänger der Naturheilkunde sei“. Lesser erwiederte ihm mit scheinbar ganz ernster Miene, daß auch er ein großer Anhänger der Heilkräfte der Natur sei, aber — fügte er hinzu — nur bei den Krankheiten, welche von selbst vorübergehen können, und nun „nehmen Sie das verordnete Arsenik!“ Einmal bemerkte ich einen Dragoner unter den Kranken und fragte Prof. Lesser, ob es denn den unteren Chargen nicht verboten sei, sich von Nichtmilitärärzten behandeln zu lassen. Er gab mir zur Antwort, daß es in Wirklichkeit nicht gestattet sei; doch da sie kämen und und sich ihm schon entkleidet vorstellten, so sehe er in ihnen nur Kranke. In der Zwischenzeit zwischen zwei Krankenbesichtigungen brachte ein Assistent ein seltenes Präparat in Spiritus von einem unlängst an Syph. malign. verstorbenen Patienten. Nachdem er es angesehen hatte, reichte er es auch uns hin. Als ich aber, um besser zu sehen, das Glas ein wenig neigen wollte, meinte er lächelnd: „Man sieht, daß Sie kein Schüler unseres Virchow sind, denn dieser hätte Ihnen nicht erlaubt, das Glas zu neigen“, und unverzüglich ließ er das Präparat herausnehmen, damit ich es besser besehen könne. Als ich mich verabschiedete und meinen Dank aussprach, konnte ich mich nicht enthalten, meine Verwunderung darüber auszusprechen, daß er unter solchen Umständen, da er nicht einen Winkel weder in der Klinik noch in der Poliklinik hätte, wo er ausruhen könnte, dabei doch täglich — mit Ausnahme des Sonntags — beide leite, nicht ermüde und eine solche Menge an Arbeit leiste, ohne von der Privatpraxis (welche, um es nur zu erwähnen, sehr umfangreich ist) zu sprechen. Er gab mir darauf zur Antwort, daß ihm dabei die Worte Liebig's in den Sinn kämen: „der Käfig mag sein wie er will, der gute Vogel **muß** doch singen!“ Seine Einladung, ihn noch einmal zu besuchen, konnte ich nicht ausnutzen, da die Fahrt nach dem erwähnten städtischen Obdach 2 Arbeitsmorgen beanspruchte.

Um bei Prof. Behrend vorgelassen zu werden, mußte man sich vorher an den „Inspektor“ der Anstalt wenden, der beim Prof. zunächst telefonisch anfragte, worauf dann eine Wärterin mit dem Schlüssel erschien und mich durch die Abteilung zum Kabinet des Prof. führte. Die Abteilung macht den Eindruck eines Kerkers: die Türen sind

verschlossen, die Fenster bis oben mit einer weißen Farbe bestrichen, in den Stubentüren befinden sich kleine Fensterchen zur Beobachtung der Kranken. Das Gebäude selbst ist neu, die Fußböden nach dem System Metlachowski, die Zimmer sind hoch, wie bei uns, ihre Lage nach dem Korridorsystem.

Behrend empfing mich sehr liebenswürdig, erwähnte seinen Aufenthalt in Russland, wo er, nach seinen Worten, viel Freunde habe, die ihn nicht vergäßen, wenn sie in Berlin seien. Er entschuldigte sich, daß er mir nicht viel Zeit widmen könne, da die Visite schon zu Ende sei (man hatte mich über die Zeit falsch unterrichtet), umsomehr, als er selbst an einer starken Lymphangitis des rechten Armes leide, die er sich bei der Arbeit zugezogen habe. Nichtsdestoweniger führte er mich durch die ganze Abteilung und erlaubte mir, am folgenden Tage wiederzukommen und die gewöhnliche Morgenvisite durch die Ordinatoren — gegen $8\frac{1}{2}$ Uhr morgens — mitzumachen. Ich bemerke hier, daß ich um 7 Uhr aufstehen mußte, um zur richtigen Zeit anzukommen. Durch die Besichtigung der Anstalt und während der Unterhaltung wurde mir klar, daß Behrend nicht nur Anhänger der Reglementation der Prostitution ist, sondern, um nicht mehr zu sagen, auch des strengen Krankenhausregimes. So gibt es in der Anstalt eine „Strafkammer für Renitente", welche mir jedoch weder er noch einer der Ordinatoren am folgenden Tage zeigte, indem sie meine äußerst dringende Bitte scheinbar vergessen hatten! Weiter befindet sich in der Anstalt ein besonderes Zimmer für Kranke, die arbeiten wollen, obgleich Behrend selbst hiervon kein Anhänger ist, ja sogar mit einer gewissen Befriedigung konstatierte, daß es der Arbeitsfreudigen äußerst wenig gäbe. Den letzteren Umstand erklärend möchte ich hinzufügen, daß das erwähnte Zimmer eng, unbequem, etwas dunkel ist, weil alle Fensterscheiben, die nach der Straße hinausgehen, mit weißer Farbe bemalt sind, um zu vermeiden, „daß die Kranken Unfug treiben!" In dem Verband- und Operationszimmer befindet sich ein wunderbarer Apparat zum Spritzen für die Kranken. Er besteht aus 2 großen Gläsern, die durch eine Röhre von bestimmter Länge miteinander verbunden und mit einem System von Hähnen versehen sind. An der Verbindungsröhre sind 5 Gummischläuche befestigt, sodaß 5 Kranke zu gleicher Zeit, neben einander auf niedrigen Bänken sitzend, spritzen können, wobei die injizierte Flüssigkeit direkt auf den Boden abfließt, wo Öffnungen zum Abfließen angebracht sind. In der Tat, — schnell und bequem. Behrend teilte mir mit, daß

er an dem Apparat, wie einfach er auch erscheine, 2 Jahre lang gearbeitet habe, da alles genau und akkurat in einander gefügt und passend gemacht werden müsse, wenn man den gehörigen Effekt haben wolle. Jetzt arbeite er an einer Abänderung in der Richtung, daß solche Massenspülungen nicht mit einer Lösung, wie bisher, sondern mit verschiedenen gemacht werden könnten. Auf meine durchaus ernst gemeinte Bemerkung, daß es nicht übel wäre, wenn solch' ein Apparat auch für Männer existierte, antwortete Behrend, daß er darüber schon nachdenke!

Die Einreibungen machen die Kranken in demselben Zimmer, ebenfalls in Gruppen und unter der Aufsicht von Wärterinnen, wobei sie wieder auf niedrigen Bänken sitzen, damit sie von den Wärterinnen besser beaufsichtigt werden können. Jede Kranke hat einen eigenen Pinsel mit besonderer Nummer zum Auspinseln der Mund- und Rachenhöhle; die Desinfektion derselben sowie die der Spatel besorgen die Wärterinnen. Auch die Flüssigkeiten zum Spülen und zum Einspritzen werden von ihnen zurechtgemacht, wie sie auch die Salbe zum Einschmieren, welche mit einer besonderen Maschine in längliche Stückchen geteilt werden, herstellen. Bei Behrend werden genau 40 Portionen eingerieben, — nicht mehr und nicht weniger, — andere Methoden gestattet er hier, in der Anstalt, nicht. Eine derartige Verwendung der Wärterinnen in der Funktion als Apotheker verwunderte mich ein wenig, sodaß ich mir die Frage erlaubte, warum man gerade sie dazu verwende. Es stellte sich heraus, daß die Stadt so wenig Mittel bewillige, dass es keinen anderen Ausweg gebe; trotzdem glaubt die Stadt, daß das zu viel sei. Behrend selbst hat ein sehr hübsches Kabinet, worin sich eine Bibliothek befindet; daneben ist ein gut eingerichtetes Laboratorium. Beim Abschiede von Behrend nahm ich mir fest vor, von seiner Erlaubnis, mir die Morgenarbeit der Ordinatoren anzusehen, Gebrauch zu machen, da sie sozusagen die grobe Arbeit zu zweien besorgen müssen, während Behrend die höhere Instanz bildet. Ich vermutete nämlich, daß die Morgenvisite für einen Ausländer interessant sein würde — in welcher Vermutung ich mich in Hinsicht auf mein oben erwähntes Ziel denn auch nicht täuschte. Es zeigte sich nun, daß die Kranken, außer den Bettlägerigen, in Abteilungen zu 25 unter der Eskorte der Wärterinnen in das erwähnte Verband- und Operationszimmer geführt wurden. In diesem Zimmer arbeiten an 2 Tischen 2 Ordinatoren und erledigen alles, was nötig ist, nicht ausgenommen kleinere Operationen, vor den Augen aller

unter Begleitung von Geschrei und Tränen! Die Kranken, welche das Wort „menses“ aussprachen, wurden von der Besichtigung befreit. Unter solchen Umständen ist es nicht wunderbar, daß die Kranken sich unruhig, frech betrugen, und es manches Mal zu einem wirklichen Skandal kam, besonders dem einen Arzte gegenüber. Offenbar waren die Kranken durch eine so vollständige Erniedrigung des letzten Restes ihrer Menschenwürde zu der Überzeugung gelangt, daß sie nichts mehr zu verlieren hätten und daß es nicht mehr schlimmer werden könnte. Eine Kranke ließ der erwähnte Arzt für irgendeine Bemerkung (ich konnte sie nicht deutlich hören) durch eine Wärterin „rausschmeißen“, worauf sie aus voller Kehle schrie „nur nicht grob werden“. Eine andere erklärte dem anderen Arzte, daß sie es besser verstehe, da sie sich früher bei dem bekannten Dr. X. hätte behandeln lassen! Viele Kranke befanden sich meines Erachtens einfach im Zustande einer hysterischen Exaltation, besonders bei dem Geschrei der Besichtigten, denen die Kollegen einfach und ruhig, ohne Zeit und viel Worte zu verlieren, z. B. mit der Schere, Condylome usw. abschnitten. Mich verwunderte auch, daß der Kollege mir nicht antworten konnte, als ich ihn fragte, nach wie viel Einreibungen die Kranken ein Bad zu nehmen pflegen. Er wandte sich erst an die Wärterin, welche antwortete: nach 40! Ich wollte den Kollegen nicht weiter belästigen und gab mich hiermit zufrieden; aber glauben konnte ich es natürlich nicht. Stomatitiden kommen in der Anstalt häufig vor, obgleich der Kollege meinte, daß er Kal. chlor. zum Mundspülen „larga manu“ abgebe. Er teilte mir auch mit, daß auf Grund der angewendeten Einreibungen der Prozentsatz der sekundären, kondylomatösen Erscheinungen sich verringert habe. Untersuchungen auf Gonokokken werden von den Ordinatoren regelmäßig gemacht, wie aus den Krankenjournalen erhellt; doch erwies es sich, daß bei chronischen Fällen auch sie nicht wissen, was zu tun sei, weil sie nicht in der Lage seien, die Kranken genügend lange zu behalten. Beide Ordinatoren bekommen Gehalt; sie besuchen beide die Anstalt morgens, abends dagegen abwechselnd; Behrend selbst pflegt jeden Morgen zu kommen. Beim Betrachten der Kopftafeln fiel mir auf, daß die Kranken, welche längere Zeit in der Anstalt waren, abgemagert aussahen. Anders konnte es übrigens auch nicht sein bei solchem, mehr als strengem Regime, drückender Luft, vermalten Fenstern, umsomehr als man die Kranken zum Spazierengehen nicht herausließ.

Die Lage der Prostituierten in einem Spezial-Krankenhause in der Hauptstadt des deutschen Reiches hatte mein Interesse derart angeregt, daß ich mich geraden Weges von hier nach dem Polizei-Präsidium begab, wo sich das Bureau, dem die Prostitution unterstellt ist, befindet und auch die ärztliche Untersuchung derselben statt hat, um mit einem Schlage die empfangenen Eindrücke zu vervollständigen. Auf einfache Vorweisung der Visitenkarte hin, welche dem Oberinspektor überbracht wurde, führte mich ein Beamter in das Empfangszimmer des Sanitätsrat Körbitz. Der Kollege war von so bestechendem, würdevollem Äußern, daß ich mich kurzer Hand entschloß, ihm die mich interessierende Frage vorzulegen. Er teilte mir mit, daß er schon viele Jahre hier im Dienste sei; anfangs hätte er sich gesträubt, eine solche Tätigkeit zu übernehmen, doch später hätte er sich dennoch dazu entschlossen, besonders da man hier viel Nutzen stiften könne. Bis jetzt jedoch tun ihm die unglücklichen Kranken in der Seele leid und nach seiner Meinung „sei es ein Blödsinn, sie so zu behandeln", wie die Anhänger des Regimes tun, das ich soeben in der Praxis gesehen hatte.

Die Vorschriften für die Prostitution sind in der Tat streng, jedoch werden Ahndungen jeder Art nicht von der Polizei, sondern vom Gerichte auferlegt. Bei dem Bureau sind 12 Ärzte angestellt, von denen jeder 2500 M. aufs Jahr bekommt, wofür er täglich 4 Stunden Dienst hat.

(Fortsetzung folgt.)

Über Prostitution und Homosexualität,

zugleich

ein Beitrag zur Lehre von den Enthaltsamkeitsstörungen.

Von Dr. med. **Wilhelm Hammer-Berlin.**

Die Berührungspunkte zwischen Prostitution und Homosexualität sind sehr mannigfaltig.

Einerseits gibt es Jünglinge, die sich für Geld preisgeben und zuweilen auf Kosten von Uraniern männlichen Geschlechtes ein üppiges Leben führen, um schließlich als Erpresser (Chanteurs) eine wahre Höllenqual für ihre Opfer zu werden. Von diesen Chanteurs will ich in folgender Arbeit nicht weiter reden, auch nicht von jenen Damen, die sich andern Frauen vorwiegend des Gewinnes halber hingeben.

In dieser Arbeit will ich vielmehr die gleichgeschlechtliche Neigung schildern, wie ich sie auf der größten Dirnenstation Deutschlands zu beobachten Geiegenheit hatte.

Ein Teil der Prostituierten besteht aus Uranierinnen, das heißt aus Mädchen, die niemals eine Neigung zum männiichen Geschiechte empfanden, dagegen stets, wenn sie geschlechtiich erregt wurden, sich zu einem weiblichen Wesen hingezogen fühlten. Ihre Zahl ist nicht groß. Ich schätze ihren Prozentsatz auf 1 % bis höchstens 2 % alier Berliner Dirnen, wenn ich unter Dirnen Mädchen verstehe, die ein derartiges Leben führten, daß sie mit der Sittenpolizei in Berührung kamen.

Solche prostituierte Uranierinnen sind meiner Erfahrung nach leichtlebig, oft hervorragend geistig begabt und ohne Gefühl für die herkömmiiche Sittiichkeitsanschauung.

Ein Beispiel dieser Art ist Nr. 72 meiner Prostituierten-Akten. Fall 72 (meiner Akten) betrifft ein Mädchen, das unter einem männlichen Spitznamen unter den Prostituierten Beriins sehr bekannt ist. Vater ist Monteur und ieidet an Lungenerweiterung. Mutter war iungenleidend, starb 15 Stunden nach der Geburt dieser Uranierin. Patientin erhielt mit $1^1/_2$ Jahren die zweite und mit 13 Jahren — nach dem Tode der zweiten — die dritte Mutter. Ein echter Bruder ist 30 Jahre, Schutzmann, verheiratet, Vater einer Tochter.

Von $1^1/_2$ bis 8 Jahren war Patientin in Pfiege bei einem ihr verwandten Lehrer. Vom 8. bis 11. Jahre war sie bei ihren Stiefeltern, vom 12. bis 13. Jahre bei einem Großvater, vom 13. bis 14. Jahre wieder bei ihren Stiefeltern. Sie biieb nie sitzen, besuchte die 1. Kiasse der Volksschule 3 Jahre hindurch. Dann war sie Dienst- und Hausmädchen in kleineren Städten oder auf dem Lande. Mtt 18 Jahren kam sie — zunächst als Dienstmädchen — nach Beriin. Später wurde sie Verkäuferin. Nach kurzem Aufenthalt in ihrem Heimatstädtchen und nachdem sie 6 Monate iang in einer Mitteistadt hatte kochen lernen, kehrte sie — 22 Jahre alt — nach Beriin zurück und ging seit dieser Zeit auf den Strich. Warum? fragte ich. „Weii es so schön ist, man verdient sein Geid ieichter."

1. Regel: mit 17 Jahren.

1. Verkehr: mit 19 Jahren.

Es handelte sich um einen Arzt, der sie an Lungenspitzenkatarrh behandeite. Der Verkehr machte ihr keine Freude und sie ging nicht wieder zu ihm.

Den 2. männlichen Verkehr hatte sie als Verkäuferin mit einem Reisenden, der sie ganz aushielt, 2 Jahre lang.

Den 3. männlichen Verkehr hatte sie, als sie bereits auf den Strich ging.

Hingegen hat sie seit dem 16. Lebensjahr für Mädchen geschwärmt.

Zunächst machte sie „ihresgleichen" Geschenke.

„Ich habe Dienstboten Geschenke gemacht. Was sie haben wollten, habe ich gekauft. Abgeknutscht, das habe ich auch gemacht. Weiter nichts bis zum 18. Lebensjahre."

Als sie von dem Reisenden ausgehalten wurde, verkehrte sie ideal mit einer Kellnerin. Der hat sie auch bloß Geschenke gemacht.

Später verkehrte sie lesbisch mit Prostituierten, als sie selber schon auf den Strich ging. Sie war stets als „Vater" tätig. Sie ging in Männerkleidern auf den Strich. Selbst in Frauenkleidern trägt sie gestärkte Oberhemden, Herrenkravatten, -Manschetten, Herrenhüte („Pflaumen"). Das Haar trägt sie kurz „aus Geschmack". Sie hat derbe, männliche Bewegungen. Befruchtet wurde sie niemals. Allerdings übte der Reisende nur den „coitus condomatus" aus. Ihre Gestalt ist groß und kräftig. Trotzdem hat sie die Rosen der Schwindsucht auf den Wangen, den Rest des Lungenkatarrhes in der Brust. Ihre Schrift ist geschlechtslos, der Namenszug vielfach verziert. Für einen Mädchenkuß gab sie schon 10 Mark, für eine „Schiebung" 20 Mark (lesbischer Verkehr = „68"). Sittefrei will sie nur werden, wenn Vater zahlt: „Das kommt jetzt auf meinen Vater an. Wenn mein Vater für mich bezahlt, kann ich auch ins Geschäft gehen. Wenn ich heute im Geschäft bin, habe ich den Sonntag und die ganze Nacht, da kann ich doch machen, was ich will."

Viel zahlreicher als die Uranierinnen sind im Dirnenkrankenhause die Homosexuellen zunächst aus Mangel an geschlechtlichem Männerverkehr, dann aus Freude am lesbischen Verkehr. Von denjenigen Mädchen, die überhaupt sich lesbisch betätigten, konnte ich — nach Sälen geordnet — folgende Zahlen feststellen:

Saal A: B: C: (Fürsorgemädchen):

A: neun Mädchen,

darunter: sieben Lesbierinnen (16, 17, 17, 17, 19, 19, 20 Jahre alt),
zwei Zweifelhafte (16, 19 Jahre alt).

B: neun Mädchen,
darunter: sechs Lesbierinnen (17, 17, 18, 19, 19, 19 Jahre alt),
drei Normale (18, 18, 21 Jahre alt).

C: sieben Mädchen,
darunter: sieben Lesbierinnen (17, 17, 18, 18, 18, 18, 19 Jahre alt).

Mit anderen Worten: Unter 25 geschlechtskranken jungen Mädchen, die der Erziehungshaft verfallen waren, befanden sich — nach der Beobachtung der zwischen ihnen lebenden Pflegerinnen — nicht weniger als
20 Lesbierinnen,
2 Zweifelhafte,
3 Normale.

Innerhalb zweier Monate entpuppte sich eines der hier als „normal" bezeichneten Mädchen „als leidenschaftliche Lesbierin".

In den Sälen: D, E, F, G, H befanden sich nur von der Sittenpolizei zur Zwangsbehandlung eingelieferte Mädchen:

Saal D: 9 Mädchen,
darunter: 3 Lesbierinnen: 20, 24, 25 Jahre alt,
4 Zweifelhafte: 24, 27, 27, 29 „ „,
2 Normale: 19, 24 „ „.

Saal E: 7 Mädchen,
darunter: 4 Lesbierinnen: 22, 22, 28, 28 Jahre alt,
1 Zweifelhafte: 18 „ „,
2 Normale: 36, 36 „ „.

Saal F: 7 Mädchen,
darunter: 4 Lesbierinnen: 19, 25, 27, 29 Jahre alt,
1 Zweifelhafte: 23 „ „,
2 Normale: 22, 30 „ „.

Saal G: 8 Mädchen,
darunter: 3 Lesbierinnen: 20, 22, 22 Jahre alt,
5 Normale: 18, 23, 30, 37, 39 „ „.

Saal H: 10 Mädchen,
darunter: 7 Lesbierinnen: 19, 19, 20, 23, 23, 24, 25 Jahre alt,
3 Normale: 19, 20. 27 „ „.

In den fünf Sälen D bis H befanden sich 41 Sittenmädchen,
darunter: 21 Lesbierinnen,
6 Zweifelhafte,
14 Normale.

In den Sälen K, L, M, N, O, P befanden sich ebenfalls ausschließlich von der Sittenpolizei zur Zwangsbehandlung eingelieferte Mädchen.

In Saal K befanden sich 13 Mädchen,
darunter: 6 Lesbierinnen: 19, 21, 21, 22, 26, 30 Jahre alt,
7 Normale: 20, 22, 22, 24, 26, 29, 43 „ „ .

In Saal L befanden sich 8 Mädchen,
darunter: 4 Lesbierinnen: 17, 19, 22, 24 Jahre alt,
4 Normale: 25, 25, 51, 53 „ „ .

In Saal M befanden sich 6 Mädchen,
darunter: 3 Lesbierinnen: 20, 22, 27 Jahre alt,
3 Normale: 20, 25, 38 „ „ .

In Saal N befanden sich 6 Mädchen,
darunter: 3 Lesbierinnen: 18, 20, 23 Jahre alt,
3 Normale: 18, 20. 22 „ „ .

In Saal O befanden sich 7 Mädchen,
darunter: 7 Normale: 21, 22, 23, 23, 28, 30, 45 Jahre alt.

In Saal P befanden sich 9 Mädchen,
darunter: 1 Lesbierin: 24 Jahre alt,
2 Zweifelhafte: 20, 26 „ „ ,
6 Normale: 20, 24, 24, 26, 28, 28 Jahre alt.

In den 6 Sälen K bis P waren 49 Sittenmädchen,
darunter: 17 Lesbierinnen,
2 Zweifelhafte,
30 Normale.

In den Sälen Q, R, S, T, U befanden sich ausschließlich von der Polizei zur Zwangsbehandlung eingelieferte Mädchen:

In Saal Q waren 18 Mädchen,
darunter:
6 Lesbierinnen: 17, 19, 21, 23, 26, 28 Jahre alt,
12 Normale: 17, 19, 19, 21, 22, 22, 23, 23, 26, 31, 41, 55 „ „ .

In Saal R waren 9 Mädchen,

darunter: 1 Lesbierin: 16 Jahre alt,
8 Normale: 18, 19, 23, 24, 25, 25, 26, 50 Jahre alt.

In Saal S waren 2 erstlich — vor etwa 2 Tagen — aufgenommene Mädchen,
und zwar beide Normale: 19, 23 Jahre alt.

In Saal T waren 8 Mädchen,

darunter: 3 Lesbierinnen: 17. 21, 22 Jahre alt,
5 Normale: 18, 18, 24, 29, 41 „ „ .

In Saal U lagen 4 Mädchen, von der Polizei überwiesen,

und zwar: 2 Lesbierinnen: 14, 18 Jahre alt,
2 Normale: 16, 25 „ „ .

In den Sälen Q bis U lagen also 41 Mädchen,

darunter: 12 Lesbierinnen,
29 Normale.

Im ganzen wurden also untersucht:

25 Fürsorgemädchen,
131 polizeilich eingelieferte Mädchen
= zusammen 156 Mädchen, die man als Dirnen bezeichnen kann.

Von diesen Dirnen waren

Lesbierinnen: 70 Mädchen,
Zweifelhafte: 10 Mädchen,
Normale: 76 Mädchen.

Mit andern Worten: Rund die Hälfte aller Dirnen betrieb auf der Krankenstation die lesbische Liebe. Von denjenigen Mädchen, die infolge der Erziehungshaft von Männerverkehr so gut wie ganz ausgeschlossen waren, waren $^4/_5$ ausgesprochene Lesbierinnen. Von dem übrigen Fünftel war noch ein erheblicher Teil zweifelhaft und nur drei von 25 Mädchen unterließen in Gegenwart der Nachtwachen und Pflegerinnen lesbische Handlungen. Die jüngste Lesbierin, das 14jährige Mädchen aus Saal U, war eine seit ihrem 13. Jahre prostituierte Diebin, die keine Spur von Uranismus aufwies.

Die Frauenliebe betätigt sich in bestimmten Formen. Sie hat unter den Dirnen eigene Bezeichnungen. Ein Mädchen, das überhaupt nur mit Frauen verkehrt, nennen die Dirnen „schwuhl"; den Verkehr der Mädchen nennen sie „Freundschaft"; die Mädchen, die den lesbischen Bund schließen, nennen sich „Freundinnen". Will ein Mädchen mit einem andern verkehren, so schreibt es an dieses Mädchen einen Brief. Solche Briefe heißen „Kassiber". In solch einem Kassiber „trägt" ein Mädchen dem andern „die Freundschaft an". Darauf antwortet das Mädchen zustimmend („es nimmt die Freundschaft an") oder ablehnend. Ist mit der Ablehnung eine Anzeige verbunden oder gibt das Mädchen den Brief an die Pflegerin weiter, so „läßt sie die Freundin auffliegen", ein Ausdruck der auch außerhalb der Krankenstation gebraucht wird, wenn ein Mädchen „den Bräutigam" der Polizei anzeigt. Wird die Freundschaft angenommen, so streben die Freundinnen, sich zu treffen. Entweder kommen sie beide zur Abendvisite und treffen sich auf der Treppe oder sie versuchen durch ungebührliches Benehmen eine Arreststrafe herbeizuführen, sodaß sie dann wenigstens im Arrestlokale sich vereinigen können. Liegen sie beide auf einer Station, dann warten sie, bis alles schläft und besuchen einander. Versäumen sie den rechtzeitigen Rückzug, so werden sie morgens im Bett gefunden, was für die Mädchen oft unangenehme Folgen (Verlegung in eine andere Station, ev. Arreststrafe) zur Folge hat.

Der aktive Teil des lesbischen Bundes heißt „Vater". Der „Vater" nimmt für sich die „Vaterrechte" in Anspruch, d. h. er huldigt öfters einer Mehrzahl von passiven Mädchen, „Müttern". Wird eine Mutter untreu, so schlägt sie der Vater unbarmherzig. „Da muß man stillhalten, sonst gibts ein Unglück," ist die Ansicht der Mutter. Das Unglück soll darin bestehen, daß ein gereizter Vater sich bis zum Totschlag vergißt. Im Fröbelkrankenhause befand sich ein Mädchen, dem bei einem Streite mit ihrer Wirtin ein Auge ausgelaufen war. Die Wirtin stand wohl in lesbischer Beziehung zu dem Mädchen, zumal das Mädchen eine Anzeige unterließ. Die Väter zeichnen sich im Allgemeinen durch äußere Eigentümlichkeiten aus. Sie tragen oft die „Vatertolle", eine Haartracht à la Kléo de Mérode, bei der das Haupthaar ohne Scheitel stark emporgewölbt wird oder sie tragen die Vaterlocke, d. h. sie kämmen das Haar so, daß die eine Hälfte der Stirn — meist die rechte — vom Haar bedeckt ist. Die „Mütter" hingegen tragen den Mutterscheitel, der gerade in der Mittellinie verläuft, wie

der Witwenscheitel frommer Israelitinnen, zu dessen beiden Seiten das Haar dem Kopfe glatt anliegt.

Viele „Väter" tragen auch noch den „Vaterkragen", einen Stehkragen, den sich die Mädchen selbst aus Papier formen und mit einem Tuche oder auch einem schwarzen Schleier umwickeln. Vorn an dem Kragen prangt dann eine Vorstecknadel, das Geschenk der Geliebten, oder auf dem Kragen selbst liest man den Vaternamen des Mädchens, oft von der Geliebten gestickt (Willy, Maxe, Elly, Fritze).

Freundinnen streben gegenseitig nach dem Genusse der für sie beseeligenden Nähe. Wird eine Freundin eher gesund wie die andere, so sucht sie den Aufenthalt zu verlängern, indem sie sich wundkratzt.

Außerhalb der Krankenstation befindliche Freundinnen melden sich krank bei der Polizei, um in die Nähe ihres „lieben Jungen" zu kommen. Der Verkehr ist kein ausschließlich grobsinnlicher, sondern es sind — wie auch sonst auf dem weiten Gebiete der Liebe — gröbere und feinere Gefühle gemischt. So schreibt ein verlassener „Vater" an sein „Muttchen":

„Meine liebe . . . . !

„Mit schwerem und gebrochenem Herzen muß ich Dir schreiben, „daß ich jetzt so unglücklich bin, daß Du, liebe . . . ., nicht mehr „mit mir zusammen bist. Sage mal, liebes Muttchen, was habe „ich Dir getan, bitte, bitte, sage mir doch den Grund. Meine liebe „. . . ., ich habe Dich so lieb gewonnen, daß ich nicht ohne Dich „leben kann, und nun willst Du von mir gehen. Ach, wie ist das „Leben so traurig, ich kann nicht länger leben. Ich muß in den „Tod. Bitte, verzeihe mir, daß ich mir etwas angetan habe, mache „Dir nur keine Gedanken, meine liebe . . . ., vergiß alles, was war. „Meine liebe, süße . . . ., bedenke doch, wie ich leiden muß, ach „nein, ich kann nicht mehr; ich scheide von hier. Mein süßes „Muttchen, wenn Du diesen Brief erhalten wirst, werde ich nicht „mehr sein; bitte, bitte, verzeihe und vergiß mich, denn es hat nicht „sollen sein. Sei vielmals gegrüßt und geküßt von deiner tief un„glücklichen . . . ."

Solch ein Brief stellt nur Augenblicksverstimmungen dar; selbstverständlich ist von Todesgedanken bis zum Selbstmord hier wie auch sonst ein großer Schritt. Beide Mädchen leben noch heute.

In meiner Sammlung wiederholen sich Ausdrücke wie: „Dein treues Muttchen", „mein süßer Bubi", „Goldjunge", Herzeputtchen", „mein

süßes Lieb", „Süßling", „holder süßer Junge"; daneben aber auch „Deine Olle", kurz alle auch unter Normalen üblichen Bezeichnungen.

Oft schreiben sich die Lesbierinnen eigene und fremde Gedichte. Ein solches, „Symbol" überschrieben, lautete:

„. . . . Deine Zeit soll auf Rosen lachen,
„Auf Rosen mög sie Dir vergehen,
„Engel, die Dein Glück bewachen,
„Mögen Dir zur Seite stehen;
„Wandle auf Rosen lange Zeit
„Bis ans Ufer der Seligkeit."
Deine treue . . . ."

Die lesbische Liebe umfaßt die ganze Skala von Wonne und Schmerz, auf der sich auch die Liebe zwischen Mann und Frau abspielt.

Überblicken wir die hier, meines Wissens zum ersten Mal, auf Grund von Beobachtungen — im Gegensatz zu Eindrücken — aufgestellten Zahlen, so fällt zunächst der Einfluß der Erziehungshaft auf. Die traurigen Zahlen, die sich auf Erziehungshäftlinge erstrecken, haben eine umso größere Bedeutung, als im Froebelkrankenhause Erziehungshäftlinge einer ganzen Reihe Berliner Anstalten ärztlich behandelt wurden. Wie sehr auch andere Anstalten mit den lesbischen Gewohnheiten zu rechnen haben, zeigt ein Blick in den Schlafsaal eines solchen Stiftes. Jedes einzelne Bett ist in einen Holz- und Drahtkäfig gestellt, der so eng ist, daß nicht zwei Betten neben einander Platz haben würden. Drei Wände des Käfigs sind hölzern. Die Decke wird durch ein Drahtnetz gebildet. Eine vierte Wand ist die steinerne Wand des Hauses. In solchen Käfigen werden die Erziehungshäftlinge des Nachts eingesperrt. Von innen sind die Käfige nicht zu öffnen, aber gleich sieben auf einmal durch die Bewegung eines Hebels von außen.

Die hohen Zahlen der lesbisch Liebenden lassen sich, wie mir scheint, am ungezwungensten durch die langdauernde Enthaltsamkeit — unter Ausschluß des männlichen Verkehres — erklären.

Die gewaltsame Ausschließung geschlechtsreifer, sinnlicher Mädchen vom männlichen Verkehr hat die lesbische Liebesnot hauptsächlich hervorgerufen.

Uranierinnen, d. h. während des ganzen Lebens nur weibweiblich empfindende Mädchen, übernehmen die Aufklärung. Sie stellen hübschen jungen Mädchen nach. Im Gegensatz zu den Lesbierinnen, bevorzugen die Uranierinnen zarte, auch dem Männergeschlecht ange-

nehme Mädchenerscheinungen, während die große Mehrzahl, der außerhalb der Anstalt zum Manne hinneigenden Lesbierinnen sich mit Vorliebe herrischen, mannähnlichen Frauen anschließt. Ähnlich werden von zwangsweise enthaltsamen Matrosen die mädchenhaft aussehenden Jünglinge den bärtigen Männern meist vorgezogen.

II. Referate.

H. Füth: Beitrag zur Ureterenchirurgie. (Universitätsfrauenklinik zu Leipzig. Direktor: Geh.-Rat. Zweifel.) (Ctrlbl. f. Gynäk. 1904, No. 17).

Eine seitliche Ureterfistelöffnung in der Scheide links von der Portio, diagnostiziert durch die Völcker-Joseph'sche Methode mittels Injektion von Carnimum caeruleum, wahrscheinlich entstanden durch den Versuch, ein linksseitiges parametritisches Exsudat vom linken Scheidengewölbe aus zu entleeren, wurde durch Umschneiden der Fistelöffnung in der Scheidenwand im Umkreis von etwa 1 cm, Exzision derselben mit einem entsprechenden Stück Scheidenschleimhaut und Naht in der Weise, daß die zu Gesicht gekommene, etwa linsengroße Fistelöffnung nicht besonders vernäht, sondern seitlich von ihr ein durchgreifender Silkfaden gelegt, die Wunde durch einen fortlaufenden Katgutfaden verkleinert und mit Katgutknüpfnaht geschlossen wurde, zur Heilung gebracht. **Schwab-Berlin.**

George Theodore Mundorff: A Case of Horsehoe Kidney found During an Operation for Nephrectomy on the Cadaver. (American Journal of Dermatology. Vol. VIII. No. 6.)

Es handelte sich um 2 Nieren, die beiderseits der Wirbelsäule lagen, etwas näher an ihr und etwas tiefer als normal. Der untere Pol jeder Niere war nach abwärts gerichtet und kreuzte den Körper des 3. Lendenwirbels, die Aorta und die Vena cava mittels eines breiten Bandes echter Nieren-Substanz, das quer lief, einen konkaven Bogen nach oben beschrieb und die beiden Nieren verband. Die Ureteren entsprangen jeder von seinem Nieren-Becken und mündeten normaler Weise in die Blase. Die Arterien und Venen waren auf beiden Seiten vorhanden. **Forchheimer-Würzburg.**

Röder-Berlin: Demonstration eines Myosarkoms der Blase. = Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. Sitzung vom 11. Jan. 1904. = (Deutsche med. W., No. 13, p. 485.)

Röder demonstriert ein doppelfaustgroßes, bei einem 49jährigen Manne exstirpiertes Myosarkom der Blase. Ein handtellergroßes intraperitoneal gelegenes Stück der Blasenwand mußte bei der Operation reseciert werden. Naht der Blasenwunde. Exitus nach 5 Tagen an Peritonitis. Als Ursache der Infektion sieht R. Nahtsprengung durch Urinretention an, als Folge des ungenügenden Funktionierens des eingelegten Pezzerkatheters.

H. Schwerin-Berlin.

Karl Ritter v. Stejskal u. Edgar Axisa: Über Veränderungen der Magensekretion bei einseitiger Nierenexstirpation. (Vorläufige Mitteilung). (Zentralbl. f innere Mediz. 24. Jahrg 1903, No. 38, S. 929.)

Verff. haben, angeregt durch die Beobachtung, daß die Salzsäuresekretion bei Nephritis frühzeitig abnimmt, Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Magen- und Nierensekretion gemacht. Durch Versuche an 3 einseitig nephrektomierten Hunden stellten sie fest, daß die Salzsäuresekretion sofort nach der Operation sinkt, am 3.—4. Tage ihr Minimum erreicht, dann wieder langsam steigt, um nach ca. 10 Tagen wieder die normale Höhe zu erlangen. Verff. nahmen an, daß diese verminderte Salzsäureproduktion auf chemische Vorgänge zurückzuführen ist, die sich im Blute als Folge der veränderten Nierensekretion abspielen Näheres behalten sich Verff. für eine weitere Arbeit vor. **H. Schwerin**-Berlin.

Thelemann: Über die Entkapselung der Niere. (Aus der Chirurgischen Klinik und dem Pathologisch-anatomischen Institut der Universität in Marburg). (Deutsche med. Woch. Nr. 15, S. 538.)

Thelemann studierte die Wirkung der Entkapselung an einer Reihe von normalen Kaninchen- und Hundenieren. In relativ kurzer Zeit findet nach seinen Versuchen Neubildung einer Kapsel statt, ausgehend einerseits von zurückgebliebenen Resten und den in das Nierenparenchym einstrahlenden Septen, andererseits von der Fettkapsel. Ob die Blutgefäßversorgung der neuen Kapsel reichlicher als die der alten ist, ist zweifelhaft. Eine Schädigung des Nierenparenchyms findet jedenfalls nicht statt. Den klinischen Resultaten Edebohl's steht Verf. sehr skeptisch gegenüber.
H. Schwerin-Berlin.

Lommel: Über Pubertätsalbuminurie. (Deutsches Archiv f. klinische Medizin Bd. 78, H. 5/6).

Von 445 im Alter von 15—18 J. stehenden Lehrlingen der Zeiß'schen Fabrik in Jena wiesen bei öfterer Untersuchung 80 gelegentlich Albuminurie auf. Der Nachweis wurde erbracht mit der Essigsäure-Ferrocyankalium-Reaktion. Die Menge war meist sehr gering, erhob sich aber zuweilen auf $^1/_2$—1 pro Mille. Die Pubertät muß als einzige Ursache dieser Erscheinung angesehen werden, denn von 130 gleich beschäftigten, gleich ernährten, gleich angestrengten Arbeitern derselben Fabrik, die das 25. Lebensjahr überschritten hatten, wies nur ein einziger Albuminurie auf. Von den 90 Jünglingen hatten 38 zugleich Anzeichen von Hypertrophie des Herzens; diese Kombination mit minimaler Albuminurie spricht also nicht etwa immer für Schrumpfniere. **Goldberg**-Cöln-Wildungen.

R. Stern: Familiäre Enuresis nocturna. = Aus der I. mediz. Klinik in Wien. = (Wiener klin. Rundschau 1905, No. 22.)

Daß es eine familiäre Enuresis gibt, daß eine direkte Vererblichkeit des enuretischen Leidens, eine „enuretische Veranlagung" vorkommt, zeigt wieder die Beobachtung, welche S. mitteilt. Sämtliche 5 Kinder einer Familie

2 Töchter (16 und 13 Jahre alt) und 3 Söhne (14, 10, 6 Jahre) sind mit dem Leiden behaftet; der Vater ist Neurastheniker, die Mutter hat von ihrem 10. Lebensjahre an durch längere Zeit an Enuresis laboriert. Die beiden Mädchen zeigen die Erscheinungen der echten Neurose, d. h. Beginn der enuretischen Beschwerden um das 10. Lebensjahr herum, trotz vollkommener Kontinenz innerhalb der früheren Lebensperiode; die krankhaften Störungen erscheinen als Vorboten der Pubertätszeit. Alle 3 Knaben hingegen zeigen seit der Geburt unablässig enuretische Beschwerden. Die ungewöhnlich lange Persistenz der Incontinentia neonatorum zeigt aber ganz prägnante Gradunterschiede. Während die Enurese bei dem 6jährigen Knaben stets in Intervallen von Wochen und Monaten einmal auftrat und sich jetzt völlig verziehen zu wollen scheint, stellte sie sich bei dem ältesten Knaben fast allmählich ein und dauert heute noch unverändert an. Wahrscheinlich handelt es sich um einen jener seltenen Fälle, bei welchen vermutlich infolge angeborenen Mangels des Sphinkterverschlusses die kongenitale Inkontinenz dauernd bestehen bleibt und vielleicht eine Aplasie jener spinalen oder ganglionären Nervenzentren vorliegt, welche den Blasenschluß regulieren.

Das parallele Auftreten dieser verschiedenen Krankheitsformen — reine Neurose bis zu jenen Aplasieformen — bei 5 Mitgliedern derselben Familie verrät die Verwandtschaft der Krankheitsformen selbst und bietet eine Stütze für die Annahme, daß auch die gewöhnliche Enuresis nocturna auf rein nervöser Basis entsteht und nicht auf lokalen Erkrankungen beruht. Auch von obigen Patienten hatte einer eine leichte Phimose, ein anderer adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum; bei der exquisit familiären Auftretungsform der Enurese treten diese lokalen Prozesse als aetiologische Faktoren natürlich ganz in den Hintergrund.

Graetzer-Sprottau.

Ernst Bendix: Über Wechselbeziehungen zwischen Haut- und Nierentätigkeit. = Aus der med. Klinik in Göttingen. = (Deutsche med. Wochenschrift 30. Jahrg. No. 7, pag. 233.)

Bendix versuchte mit Hilfe der Gefrierpunktsbestimmung festzustellen, ob die bei Nierenerkrankungen vorhandene Störung der Blutkonzentration durch Anregung der Hauttätigkeit ausgeglichen wird. Schwitzversuche an Hunden und Katzen mit normalen Nieren, mit Sublimatnephritis und nach doppelseitiger Nephrektomie hatten ein völlig negatives Resultat. Dagegen gelang es öfters bei Nierenkranken, die eine pathologische Depression des Blutgefrierpunktes zeigten, durch energische Anregung der Schweissbildung den Blutgefrierpunkt der Norm zu nähern, während es nicht gelang, durch gleiche Einwirkung den normalen Blutgefrierpunkt zu beeinflussen. Damit ist die theoretische Berechtigung der Diaphorese bei Niereninsufficienz bewiesen.

H. Schwerin-Berlin.

Seelig: Über Ätherglykosurie und ihre Beeinflussung durch intravenöse Sauerstoffinfusionen. (Arch. für exper. Path. LII., S. 481.)

Ätherinhalation erzeugt bei Hunden, die mit Fleisch gefüttert werden, stets eine mehr oder minder hochgradige Glykosurie; dieselbe ist während

der Narkose stets nachweisbar, überdauert sie aber nur kurze Zeit. Dauernde Kohlehydratfütterung verhindert bei Hunden das Zustandekommen von Glykosurie. Unterdrückung einer bereits bestehenden Ätherglykosurie durch nachträgliche O-Infusion gelingt nicht. Die Glykosurie geht mit Hyperglykämie einher. Der Glykogengehalt der Leber ist nach Äthernarkose sehr herabgesetzt. Wird mit der Ätherinhalation gleichzeitig O intravenös infundiert, so tritt — falls die zugeführten O-Mengen richtig dosiert sind — keine Glykosurie auf. Intravenöse CO-Zufuhr bedingt keine Glykosurie.

M.

F. Kornfeld: Zur Ätiologie und Klinik der Bakteriurie. = Gesellsch. f. innere Medizin u. Kinderheilkunde in Wien. = (Wiener klin. Rundschau No. 17.)

K. bespricht die Bakteriurie in engerem Sinne, d. h. die Ausscheidung eines Harns, der — frisch entleert — massenhaft Bakterien förmlich in Reinkultur enthält, die sich durch eine opalisierende, fein staubförmig wolkige Trübung kenntlich macht. Der Harn hat einen faden, oft fauligen Geruch. Leucocythen finden sich — wenn überhaupt — sehr spärlich. Nach K. entsteht diese Bakteriurie durch direktes Überwandern der Bakterien von dem dann in die normale oder früher gonorrhoisch infizierte Blase (Prostata) beim Weibe von den Genitalien (Gravidität, Adnexerkrankungen etc.) bei Kindern (Askariden, Enteritis, Beckenkaries). Klinisch sehr wichtig, wenn auch in strengem Sinne nicht hierher gehörig, sind die haematogenen Bakteriurien, die bei Nephritis, Pyelitis descendierend entstehen. Die allgemeine Infektion mit Bakterium coli macht sehr heftige Erscheinungen, die häufig verkannt und daher erfolglos behandelt werden. Therapeutisch empfiehlt K. besonders feste Materie in die Blase von Sublimat 1 : 5000 bis 1 : 3000, Argent. nitr. wirkt nicht so gut.

Dr. A. Seelig-Königsberg i. Pr.

A. Weber: Klinische Untersuchungen über febrile Albuminurie. (Inaug.-Diss., Greifswald 1904.)

Die Untersuchungen von 38 Fällen verschiedener Infektionskrankheiten lassen Verf. zur Anschauung kommen, daß zwischen febriler Albuminurie und Nephritis kein prinzipieller Unterschied besteht in dem Sinne, wie rein funktionelle Störung und entzündliche Veränderung. Fast in allen Fällen von febriler Albuminurie findet man diejenigen Formbestandteile, die beweisend für entzündliche oder degenerative Veränderungen in den Nieren gelten dürfen: epitheliale, granulierte und hyaline Cylinder, Nierenepithelien, rote und weiße Blutkörperchen. Man wäre daher berechtigt, die Bezeichnung „febrile Albuminurie" ganz fallen zu lassen und von „infektiöser nephritischer Reizung" zu sprechen, denn in der Regel handelt es sich um leichtere Prozesse, die meist in kurzer Zeit vollkommen ausheilen und eine besondere Therapie nicht verlangen Eine unmittelbare Abhängigkeit der Eiweißausscheidung von der Höhe des Fiebers besteht nicht. Manchmal überdauert die Cylindrurie die Albuminurie.

Schwab-Berlin.

Wilhelm Lörch: Über die Tuberkulose des Harn- und Geschlechtsapparates beim Weibe. (Inaug.-Dissertation, München 1904. 87 S.)

Verfasser bespricht in seiner fleißigen Arbeit die zur Zeit herrschende Anschauung über die Art und Weise der tuberkulösen Infektion, sowie ihr Ausbreitung im Harn- und Geschlechtsapparat des Weibes, um zum Schluß Mitteilung von einem Fall zu machen, der interessant genug ist, um ein Studium der Arbeit empfehlenswert zu machen. M.

Motz u. Bartrina: Contribution à l'étude des abscès, périnéaux et des phlegmons diffus d'origine uréthrale. (Ann. d. mal. d. org. génit.-urin., 1903. 20. p. 1601—1633).

Die Harninfiltration entsteht nicht, wie Voillemier glaubte, durch Einpressen des Harns in die central von der Striktur gelegene Harnröhrendilatation, denn man sieht sie oft von peripheren antestricturalen Stellen ausgehen. Ebensowenig verursachen Ulcerationen der Harnröhrenschleimhaut die Communication. Dagegen ist Periurethritis von Bedeutung; sog. Harnabscesse sind oft nur periurethrale Phlegmonen, die infiltrierende Flüssigkeit nicht Harn, sondern Oedemserum. In den meisten Fällen endlich sind Drüsenerkrankungen die Ursache vom „Harnabsceß" und „Harninfiltration."

1. Die Entzündung der Littré'schen Drüsen kann zu Eiteransammlungen führen; diese können a) sich einkapseln und latent werden; b) nach außen durchbrechen: Dammabsceß oder Phlegmone; oder c) nach innen durchbrechen: Harnabsceß am Damm.

2. Die Entzündung der Cowper'schen Drüsen ist selten wegen der Länge der Ausführungsgänge; sie führen ebenfalls — je nach Abkapselung oder Durchbruch — zu Cysten, Perinealabscessen, Urinabscessen, die nadelkopf- bis nußgroß werden können.

3. Intrabulbär liegen sogenannte glandulae aberrantes Cowperi, die vereitern und durchbrechen können, meist in der Mitte der Hinterwand der Urethra.

4. Periprostatitis ist eine seltene Ursache, wird meist irrtümlich statt Littritis und Cowperitis angenommen.

Die verschiedenen Drüsenentzündungen können allein oder kombiniert Abscesse bewirken; unter 40 Fällen war 12 mal Cowperitis, 7 mal Littritis, 6 mal Bulbitis, 2 mal Periprostatitis vorhanden: Man soll also bei jeder Strictur sorgfältig auf diese Drüsen fahnden und eventuell ihre Entzündung sorgfältig mitbehandeln.

Goldberg, Cöln-Wildungen.

P. Rosenstein: Zur Prophylaxe der postoperativen Cystitis bei Frauen. = Chir. Abteilung des Krankenhauses der Jüd. Gemeinde zu Berlin. Dir. Arzt: Prof. Dr. J. Israel. = (Ctrlbl. f. Gynäk. 1904, Nr. 28).

Um die Zeit und Geduld erfordernde Methode Baisch's der von Wertheim zuerst empfohlenen prophylaktischen Blasenspülungen einfacher und mindestens ebenso sicher zu gestalten, empfiehlt R. seinen 1902 angegebenen Doppelkatheter, dessen äußere Schutzhülle nur bis zum Sphincter in die Harnröhre vorgeschoben werden kann und dessen Innenröhre, der eigentliche Katheter unter Umgehung der äußeren Genitalien, durch die Schutzhülse hindurch direkt in die Blase geführt wird.

Schwab-Berlin.

O. Gütschow: Zur Kenntnis der weiblichen Epispadie. Mit einer Abbildg. (Inaug.-Diss., Rostock 1904).

Nach einer Skizzierung der drei Grade der weiblichen Epispadie und der Haupttheorien über die Entstehung der letzteren (Hemmungs-, Berstungs-, mechanische Theorie etc.) Beschreibung eines Falles von Epispadie dritten Grades (die obere Wand der Harnröhre fehlt in ihrer ganzen Ausdehnung, die muldenförmige Furche geht direkt in die Blasenschleimhaut über. Blasenwand intakt) bei einem dreijährigen Mädchen, sowie tabellarische Zusammenstellung von 25 Fällen aus der Literatur und Schilderung der Operationsverfahren und ihrer Resultate. **Schwab-Berlin.**

Benjamin R. Schenck, A. B., M. D., of Detroit, Mich.: **Renal Hematuria of unexplained origin. Report of a case with cassation after Nephrotomy.** (Medical News, Dezbr. 24. 1904).

Hematurie, als Symptom renaler Erkrankung, wird durch verschiedene Nierenaffektionen ausgelöst, wie Steine, Neubildungen, Tuberkulose, akuter wie chronischer Nierenentzündung, Wanderniere, ferner idiopathische und essentielle Haematurien.

In der Entwickelung unserer Anschauungen über Nierenblutungen unbekannten Ursprungs unterscheidet Verf. drei Perioden.

In der ersten Periode bezeichnen die Autoren dieselben als „idiopathische" Nierenblutungen wie Rayer (Traité des maladies des reins 1837).

In der folgenden Periode, der der „histologischen Pathologie", hielt man die essentielle Haematurie stets für Erscheinungen eines krankhaften Nierenprozesses.

Die letzten 20 Jahre haben auch diese Anschauung fallen gelassen infolge der fortgeschrittenen Nierenchirurgie. Man fand oft Nierenblutungen bei völlig intakten Nieren. Nierenblutungen können kommen unabhängig von pathologischen Veränderungen, die sogenannten „renalen Haemophilien" „angioneurotischen Haematurien", „nephralges haematuriques", „renale Epistaxis" etc.

2 Theorien suchen dieselbe zu erklären:

1. Die von Klemperer, die vorherrschende, welche diese auf vasomotorische Störungen schiebt (Paralyse der Vasoconstriktoren), welche Dilatation der Blutgefäße und Durchtritt von roten Blutkörperchen verursacht.

2. Die von Senator, welche lokale Haemophilie vermutet; einen Fall, der eine solche darstellt, erörterte Verf. genau. Es handelt sich um eine während des Sommers hindurch konstante Blutung bei einer 46jährigen Frau. Die Cystoskopie ergab normales Bild. Die Ureterenkatheterisation ergab linksseitige Nierenblutung, beträchtliche Albumenmengen (0,15% $_{0}$). Tukerkulose ausgeschlossen (Tuberculin 0,003 ohne Reaktion). 4 Wochen unter Beobachtung im Bett, ständige Blutung unter Rückenschmerzen. Nachdem alle Mittel zur Diagnose, zur Ergründung der Nierenblutung erschöpft waren, wurde eine exploratorische Nephrotomie von Dr. Kelly ausgeführt:

Dieselbe, ausgeführt nach Brödel (Johns Hopkins Hosp. Bull. XII. Jan. 1901) ergab nicht die geringste Abnormität, weder im Becken noch im Parenchym. Ein Stück aus der Rinde wurde zur mikroskopischen Prüfung

excidiert und die Niere mit tiefen Suturen wieder vernäht. Der Urin zeigte sich in der Rekonvalescenz noch blutig, jedoch wurde derselbe immer blaßroter. In abnehmender Menge blutete es noch vom 10.—27. November 1902, wo die Blutung aufhörte und nicht wiederkam. Der Patientin Allgemeinbefinden war seitdem vortrefflich. Die mikroskopische Prüfung des excidierten Stückes zeigte vollkommen normales Gewebe.

Es handelte sich hier um Haematurie vollkommen dunkler Ätiologie. (keine bakterielle Infektion, Urin wurde stets für steril befunden, keine Steine oder Tuberkulose, keine Nephroptose, keine mikroskopischen oder makroskopischen Laesionen). Es handelte sich also um reine idiopathische Haematurie. Letztere läßt sich nur behaupten, wenn man durch Katheterisation der Ureteren wirkliche Nierenblutung diagnostiziert hat, und zweitens Nephrotomie mit Anschluß mikroskopischer Prüfung eines excidierten Stückes vorgenommen hat.

Verf. hat 19 derartige, in der Literatur veröffentlichte Fälle studiert. Von diesen bleiben nur 2 Fälle von reiner idiopathischer Haematurie, der von Klemperer (Deutsch medic. Wochenschrift 97, 9 u. 10) und Schede (Jahrb. des Hamburger Krankenhauses 89, Seite 13). **Rohleder-Leipzig**

John F. Erdmann, M. D. of New-York: Prostatectomy in emergency cases. (Medical News, Jan. 14, 1905.)

Nach Verf. sind dringende Indikationen zur Prostatektomie folgende:

1. Inpassable Urethra infolge Striktur mit Ruptur und Gangrän des ganzen Scrotums und Perineums.

2. Retrograde Haemorrhagien, gefüllte Blase mit Blutklumpen und Bluturin, mit Bösartigkeit der Prostata.

3. Falsche Passage, retrograde Haemorrhagien, suprapubicale Aspiration mit Infiltration der Abdominalwandungen, sich bis zum Thorax und der Glutaealregion erstreckend.

4. Unmöglichkeit des Katheterismus, Trauma der Urethra.

5. Trauma der Urethra, Katheterisation für einige Tage, retrograde Haemorrhagien.

6. Tiefe Striktur der Urethra; Obstruktion; Katheterisations-Cystitis mit Absorption.

In jedem dieser Fälle hält Verf. die perineale oder suprapubicale Sektion für das richtige und zwar mit Drainage bei Prostatektomie und zwar letztere als perineale in jedem praktisch ausführbaren Falle. Urethralsektion, d. i. interne Urethrotomie mit Bottini-Operation, ist in allen diesen Fällen unpraktisch.

Suprapubicale Sektion nur in den Fällen, in denen die Prostata infolge maligner Erkrankung unentfernbar ist, bei Inoperabilität der Drüse und wenn der Urinabfluß ein vollständiger ist. Verf. operiert bei perinealer Prostatektomie nach der Methode von Dr. Bryson und Dr. Goodfellow-San-Franzisko, d. h. Incision in die Raphe bis zur Urethra (unter Führsonde), Enucleation der Drüse. Niemals sah Verf. so starke Sepsis oder Symptome von Toxaemie bei der perinealen Operation wie bei der suprapublicalen.

Von 8 so Operierten genaßen 6. Nach Beschreibung der Fälle kommt Verf. zum Schluß, daß das obige Operationsverfahren in dringenden Fällen von Prostatektomie geboten sei. Nur wenige Minuten länger sind zur Entfernung der Prostata erforderlich, die Hoemorrhagien sind in der Regel nicht sehr stark. Die Entfernung der Prostata ergibt sicheren Abfluß des Urins und ermöglicht leichte Drainage, Spülungen der Blase sind sehr erleichtert. Dieses operative Vorgehen ist ferner empfehlenswert, weil die Öffnung praktisch am tiefsten Punkt der Blase stattfinden kann, weil die Drainage leichter kontrollierbar ist, als bei der suprapubicalen Methode und Blasenspülungen bei derselben leichter sind.

Rohleder-Leipzig.

Motz et Arrese: Note sur les vessies des prostatiques „sans prostate. (Annales d. M. d. O. Génit.-urin.)

Die anatomische Untersuchung der Harnorgane von 16 Personen, die — ohne eine vergrößerte Vorsteherdrüse gehabt zu haben — an den Erscheinungen der „Prostatiker" gelitten hatten, ergab:

Bz. der Prostata 5 × chronische Entzündung, 4 × Adenom, 6 × Epithelioma adenoides, wovon 3 × deutlich cancerõse Infiltration;

Bz. der Blase 3 × keine Entzündung, 3 × leichte Entzündung, 9 × chronische interstitielle Entzündung.

Die Muskulatur der nicht entzündeten Blasen war fast stets hypertrophisch, die der entzündeten nur 2 × sekundär atrophisch; 4 × bestand Arteriosclerose. Also ist — selbst, wenn ein Hindernis der mechanischen Harnentleerung durch die Prostata nicht gebildet wird, — nicht der schlechte Zustand des Blasenmuskels die Ursache der Insufficienz. Dazu stimmt, daß von 9 Prostatikern, deren exstirpierte Prostata nur 10—20 gr. wog, 6 die Fähigkeit, ihren Harn spontan gänzlich zu entleeren, wieder erlangten.

Goldberg-Cöln-Wildungen.

Stuertz: Eustrongylus gigas im menschlichen Harnapparat mit einseitiger Chylurie. (Dtsch. Archiv f. klin. Med. 78. 5.—6.)

Eustrongylus gigas, der Pallisadenwurm, dessen Männchen 40 cm, dessen Weibchen 1 m lang wird, ist ein Endoparasit zahlreicher Raubtiere und Raubfische, der sich gewöhnlich in Nierenbecken, Harnleiter und Harnblase ansiedelt. Beim Menschen ist er mit Sicherheit bisher nur 6 × angetroffen worden, jedoch nur nach dem Tode, bei der Obduktion, und zwar meist im Nierenbecken. Auf der 2. medizinischen Klinik Berlin ist es Stuertz nun als erstem gelungen, diese Diagnose am Lebenden zu stellen; ein 25jähriger Australier litt seit einer Reihe von Jahren an Nieren- und Blasenschmerzen, Eiter- und Blutharnen; man fand einen im übrigen gesunden Menschen mit Pyurie, Haematurie, Chylurie. Ureterenkatheterismus bewies als ausschließliche Quelle der pathologischen Beimengungen die linke Niere, peinliche lange fortgesetzte Untersuchungen ließen einige von Zoologen verificierte Eier des Pallisadenwurms im Harn entdecken. Leider bestätigte sich die Vermutung, daß das eierlegende Weibchen nun auch im linken Nierenbecken sitze, nicht; die Nephrotomie war ergebnislos, auch Durchbruchs-

stellen in die Bauchhöhle wurden nicht gefunden, eine Laparotomie verweigerte der Patient; er mußte ungeheilt in seine Heimat zurückkehren. Ob eine von dem Parasit gebohrte Kommunikation der Chyluswege mit den Harnwegen die auffällige Chylurie bedingte, ob eine Abknickung des linken Harnleiters die ebenso auffällige Erscheinung klaren Blasenharns bei rechter Seitenlage verursachte, ließ sich nicht feststellen.

Goldberg-Cöln-Wildungen.

E. Segalow: Zur Frage vom sogenannten Diabetes insipidus. (Pract. Wratsch 1905, No. 24, 27 und 28.)

Nach der Ursache des Diabetes insipidus forschend, kommt Verfasser an der Hand von 9 in extenso mitgeteilten Krankengeschichten zum Schluß, daß in der Mehrzahl der Fälle das Zentralnervensystem zu beschuldigen sei: chronische Affektion des Bodens des IV. Ventrikels, Syphilis, Tumorbildung, auch die Hysterie, sowie auch andere Erkrankungen des Zentralnervensystems spielen nicht selten ätiologisch eine gewisse Rolle. In einem Falle schien Gravidität das auslösende Moment gewesen zu sein, wahrscheinlich durch reflektorische Beeinflussung des Zentrums für Polyurie. Bemerkenswert ist, daß die Polyurie bei Gravidität in der 2. Hälfte der Schwangerschaft eintritt, vielleicht durch mechanischen Druck auf die Nervenstämme, (Plexus solaris) durch deren Vermittelung der Boden des 4. Ventrikels gereizt wird. In einem Falle schien eine unmittelbare Affektion des Plexus solaris die Polyurie veranlaßt zu haben. S. Prissmann-Libau.

D. Abramowitz: Zur Frage von der harnsauren Diathese im Kindesalter. (Wratsch. Gazetta 1905, No. 27.)

Verfasser teilt eine Reihe von Krankengeschichten mit, aus denen zu ersehen ist, daß schon Kinder im Alter von 4—12 Jahren von der harnsauren Diathese in ausgesprochener Weise heimgesucht werden können. Therapeutisch empfiehlt Verfasser bei geregelter Diät viel Bewegung und Mineralwässer, wie Contrexéville, Borshom oder Vichy $^3/_4$—$1^1/_2$ Glas pro die, je nach dem Alter dieser „kindlichen Greise". Die Lithionsalze hält Verfasser für nicht rationell. S. Prissmann-Libau.

C. Posner: Die Behandlung der Blasentuberkulose. (Vortrag, gehalten in Gordone bei Gelegenheit der V. ärztl. Studienreise.)

Die Blasentuberkulose ist in den allermeisten Fällen descendierender Natur, fast immer eine Folge von Nierentuberkulose, doch stellt Redner nicht in Abrede, daß auch Fälle von ascendierender Blasentuberkulose vorkommen, wenn auch relativ selten. Die Blasentuberkulose ist keineswegs eine so seltne Erkrankung, wie es den Praktikern oft erscheint, sie wird nur meist nicht erkannt und segelt nicht selten längere Zeit unter der Flagge „chronische Cystitis." Die Symptome sind, besonders in der ersten Zeit, keineswegs schwerer Natur: geringes Fieber, leicht trüber Urin, leichter Harndrang; typisch ist die Erfolglosigkeit jeder Therapie (Arg. nitr.-Spülungen, Urotropin, Salol etc.), sodaß man in letzterem Falle stets an Blasentuberkulose denken muß. Das Cystoscop ist nur mit größter Vorsicht anzuwenden. Eine mög-

lichst frühzeitige Diagnose ist erwünscht, da nur ein rechtzeitiger operativer Eingriff einige Aussicht auf Erfolg bietet. In Frage kommt die Nephrectomie wegen der meist primären Erkrankung der Niere; sind beide Nieren tuberkulös erkrankt, dann bleiben sie natürlich ein „noli me tangere". Ist dagegen die eine Niere tuberkulös, die andere einfach „nephritisch" erkrankt, dann kann eine Nephrectomie noch immer in Frage kommen. Nach Entfernung des primären Herdes kommen nicht selten auch etwas vorgeschrittnere Blasentuberkulosen zur Heilung. In den inoperablen Fällen kann noch eine klimatische Behandlung (Madeira, Gardasee) bei leichter lokaler Therapie (Sublimat, Jodoform, Öl-Spülungen, Narcotica) versucht werden. Das Koch'sche Tuberkulin hat sich ebensowenig bewährt, wie die Behandlung nach Landerer. Die Blase selbst kommt schon deshalb operativ fast nie in Frage, weil die tuberkulösen Geschwüre fast immer entweder an den Ureterenmündungen oder am Blasenhalse sitzen. **S. Prissmann**-Libau.

Maximilian Hirsch: Über epidurale Injektionen. (Halbmonatsschrift für Haut- und Harnkrankheiten, Jahrg. I, No. 5 und 6.)

Verf. gibt ein ausführliches Referat über Geschichte und Indikationen der epiduralen Injektionen im Anschluß an die Publikation von Cathelin, übersetzt von Strauß. Die hauptsächlichste Verwendung fand diese Methode vorzüglich bei Erkrankungen des Harnapparats, spec. bei Enuresis, während die Injektion von Medikamenten auf diesem Wege noch wenig geübt ist. Die Technik ist außerordentlich einfach und es scheint das Verfahren nach den bisherigen Erfahrungen bei strenger Asepsis gefahrlos zu sein. Als Injektionsflüssigkeit wird die Strauß'sche Komposition:

Natr. chlorat 0,2
Cocain hydrochlor. 0,01
Aq. destill. sterilis. ad. 100,0
Acid. aq. carbol. 5% gt. II

empfohlen. **Dr. A. Seelig**-Königsberg i. P.

H. Rille-Leipzig: Über Phimosis acquisita. = Klinischer Vortrag. = (Sonderabdruck aus der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift" 1904, No. 48.)

Die acquirierte (symptomatische oder accidentielle) Phimose hat ihre Ursache meist in entzündlichen Prozessen, Balanitis, Tripper, weichem und hartem Schanker; selten hat der Herpes progenitalis eine Phimose im Gefolge. Der Verfasser bespricht die Symptome und differential-diagnostischen Merkmale eines jeden Prozesses und betont bezüglich der Therapie, daß ein operatives Verfahren nur bei Kombination mit kongenitaler Phimose nötig ist. Durch Antiphlogose und Ausspülungen läßt sich die Verengerung meistens schnell beheben. Auch Einschieben von quellbaren Substanzen ist oft von gutem Erfolg. Zum Schluß erwähnt der Verfasser, daß bei einer 3—5 Tage bestehenden traumatischen Phimose ein schleimig-eitriger Harnröhren-Ausfluß sich einstellt und einen Tripper vortäuschen kann. Auf dieses fast konstante Symptom scheint bis jetzt noch nicht hingewiesen worden zu sein. Offenbar entsteht dieser Ausfluß durch eine, entsprechend dem

Einschnürungs-Ring an der Harnröhre hervorgebrachte circumscripte Entzündung oder leichte Gangränescenz. In zweifelhaften Fällen gibt die Abwesenheit von Gonokokken Aufschluß. **Forchheimer-Würzburg.**

Miskhalloff: Un nouvel appareil pour la stérilisation des sondes en gomme. (Annales d. M. d. O. Génito-urinaires 1903, 23.)

M. hat einen Katheterdampfdesinfektionsapparat konstruiert, bestehend aus 2 in einandersteckenden Kesseln; der äußere hat die Form eines abgestumpften Kegels, die günstigste Form für die Schnelligkeit der Dampfentwicklung; der innere, in dem die Katheter hängen, ist zylindrisch. Der Dampf, in dem äußeren Kessel entwickelt, tritt von oben her in den Innenkessel, durch die Katheter, um durch eine untere Öffnung abzuströmen. Durch bakteriologische Versuche, die bei Beimpfung, Abimpfung und sonstiger Technik genau nach den vom Ref. festgestellten Details vorgenommen wurden, stellte M. fest, daß 15 Min. Entwicklungszeit und 20 Minuten Kochzeit ausreichen, um infizierte Katheter keimfrei zu bekommen.

Goldberg-Cöln-Wildungen.

Gaudler: Volumineuse tumeur du scrotum; lymphangiome kystique. (Annales des Maladies des Organes Génito-Urinaires, 1904. 6.)

Eine Geschwulst dieser Art, welche man bisher am unteren Körper nur in der Gegend des Steißbeines beobachtet hat, exstirpierte Verf. mit bestem Erfolg einem 3jährigen Kinde. Die Geschwust hatte durch beständiges Wachstum seit der ersten Lebenszeit Faustgröße erreicht, war teils höckerig, teils fluctuierend, ohne jeden Zusammenhang mit den Hoden und durch Schmerzen und Verhinderung des Laufens schließlich für den kleinen Patienten unerträglich geworden.

Goldberg-Cöln-Wildungen.

Pierre Bakalleinik: Traitement des rétrécissements de l'urèthre sans pression sur les parois adjacentes saines, dilatation de l'uretère. (Annales des Maladies des Organes Génito-Urinaires. 1904. 5.)

Die Behandlung besteht darin, daß in die Strictur ein zentral geschlossener, peripher offener Gummischlauch eingeführt wird, welcher zentral eine elliptische Anschwellung hat. Indem man aus einer graduierten Spritze genau abgemessene Mengen Wasser in den Schlauch einpreßt, weitet die in der Strictur liegende Anschwellung sich um abgemessene Grade, die mit $^1/_3$ mm. abgestuft sind. Verf. sieht den Vorzug seiner Methode in der Beschränkung der Erweiterung auf den Sitz der Verengerung, in der Vermeidung der Einführung mehrerer Instrumente, endlich in der Vermeidung der Einführung von Keimen bis in die Blase hinein. Er schlägt vor, durch ein Harnleiter-Cystoskoprohr seinen Schlauch bis in den Harnleiter einzuführen, um auch dort Verengerungen zu dehnen und festsitzende Steine durch Erweiterung vor dem Sitz des Steines herabzuziehen. Ob er letzteres bereits in Praxis ausgeführt hat, ist aus der Mitteilung nicht ersichtlich.

Goldberg-Cöln-Wildungen.

Guiard: Traitement des uréthrites à gonocoques par la méthode de Janet. (Annales d. M. d. O. Génito-Urin., 1903, 20.)

Guiard, der den Gebrauch der Spritze statt des Irrigators und der schwachen Lösungen von Kaliumpermanganat ($^1/_{10000}$—$^1/_{4000}$) an Stelle der starken in die Methodik der Janet'schen Behandlung eingeführt hat, gibt hier gegenüber abfälligen Urteilen noch einmal ausführlich seine, bei ca. 10000 Spülungen gewonnenen Erfahrungen wieder. G. spült 1) stets die ganze Harnröhre; 2) kocainisiert mit 3 gr. 5% Lösung die Urethra anterior, behufs Ausschaltung der Sphincterenkontraktion; 3) beginnt die Abortivbehandlung bei über 3 Tage alten akuten Gonorrhoen nicht mehr; 4) braucht $^1/_2$ Liter Lösung von 40° C; 5) hält an den ersten 4 Tagen je 2 Spülungen für unerläßlich, später nur 2, falls Gonococcen wieder auftreten; 6) vertraut in späteren Stadien auch dem Patienten eine 25 Gramm-Spritze — behufs Injektion bis ^{1}n die Blase hinein — an. — Delefoße bemerkt hierzu, daß die Janet'schen Spülungen ausschließlich dem Arzte vorbehalten bleiben müßten, und daß man bz. Mittel, Dosis, Instrument, Form der Einverleibung nicht schematisieren dürfe. — Bemerkenswert sind 2 Fälle von urethraler Cocainintoxikation, die Guiard erlebt hat; dieselbe äußerte sich bei einem Patienten, der sich selbst mehrmals täglich Cocain einspritzte, in transitorischem Verfolgungswahnsinn, bei einem anderen in akuter Form, in einer 5 Minuten anhaltenden Syncope mit Konvulsionen. **Goldberg**-Cöln-Wildungen.

Albert Freudenberg: Über Kamphersäure als prophylactisches Mittel gegen Katheterfieber. (Berl. klin. therap. Wchschr. 1904. 1.)

Kamphersäure, 3 gr. pro Tag, bewährte sich dem V., wenn es einige Zeit vor und längere Zeit nach urologischen Eingriffen verabfolgt wurde, als das zuverlässigste Mittel zur Verhütung des Katheterfiebers, insbesondere bei der Bottinischen Operation. **Goldberg**-Cöln-Wildungen.

G. Nobl: Zur Abwehr der blennorrhoischen Infektion beim Manne. (Halbmonatsschrift für Haut- und Harnkrankheiten. Jahrg. I, No. 2.)

N. empfiehlt, gestützt auf langjährige Erfahrung die prophylaktische Einträuflung von mehreren Tropfen 2% Arg. nitr. post. coitum.; Statt des Argent. nitr. sind mit gleichem Erfolge verwendbar: 20% Protargolglycerinlösung und Albargin 6—10%, dem ein Zusatz von Hydrargyr. oxycyanat scheint zweckmäßig zur Unterdrückung von etwa stattfindender nicht gonorrhoischer Infektion. Beachtenswert ist auch das neuerdings von Flibes empfohlene Hydrargyrsalicyl., während die in letzter Zeit in den Handel gebrachten salben-, pasten- und gelé-förmigen Zubereitungen der usuellen Antiblennorrhoica als unzweckmäßig abgelehnt werden. **A. Seelig**-Königsberg i. Pr.

Müller: Beitrag zur Entstehung des sogenannten Verandageschwüres des Anus (Arch. f. Dermat. u. Syphil. 67. Heft 3.)

Das Verandageschwür, das fast ausschließlich bei Frauen vorkommt, sitzt am Übergange der Rectal- zur Analschleimhaut. Sein Aussehen ist sehr charakteristisch, indem das Geschwür an 2 Längsseiten und einer Schmal-

seite von der sich wallartig erhebenden Cutis umgeben ist. Während dieser Wall nun in die Höhe und Breite wächst, ändert sich die Größe des Geschwüres kaum. Verf. hat 14 Beobachtungen des Verandageschwüres zur Verfügung und versucht auf Grund seines Materials zu beweisen, daß weder gonorrhoische nach luetische Infektion allein als Erklärung für diese Geschwürsbildung genügen, sondern daß hier hauptsächlich mechanische Ursachen mitspielen. Diese letzteren sucht er ausführlich zu begründen und sie gleichzeitig auch als Erklärung für die geringe Heiltendenz des Geschwüres zu verwerten.

A. Seelig-Königsberg i. Pr.

Christen: Beiträge zur Pathologie u. Therapie der Harnröhrenstricturen auf Grund einer Reihe von 400 Fällen. (Centralbl. f. Krankh. der Harn- u. Sexualorgane. Bd. XIV., Heft 10 u. 11.)

Verf. bespricht an der Hand von 400 Fällen aus der E. Burkhardt'schen Klinik die Lehre von den Strikturen, er definiert diese entsprechend der Auffassung Orttels als Zustände der Harnröhre, in denen das Lichte des Harnröhrenkanals durch Krankheit der Wandung enger geworden ist. Ätiologisch fällt der Hauptanteil der Gonorrhoe zu (91%), bemerkenswert sind bes. die Beobachtungen über gichtische Stricturen (3 Fälle). — Die Diagnose wird durch Sonde oder Urethroskop gestellt, auf dessen Wert für gewisse Fälle nachdrücklich hingewiesen wird. Der Sitz der Strikturen ist vorzüglich in der pars membranacea, am seltensten in der pars prostatica. Was die Zahl der Strikturen betrifft, so ist in den meisten Fällen nur eine vorhanden (85%), seltener 14% 2 oder dreifache Verengerungen.

Felix Block (Hannover): Zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe nach Blaschko. (Deutsche mediz. Wochenschr. 1905, No. 8, p. 301).

Block hat mit ausgezeichnetem Erfolge die Abortivbehandlung nach Blaschko in solchen Fällen versucht, bei denen die Sekretion aus der Harnröhre erst einen, höchstens zwei Tage bestand und noch nicht rein eitrig war. Von 215 Patienten eigneten sich 44 zu dieser Abortivbehandlung. Bei 28 = 64% erzielte B. ein Verschwinden der Gonococcen innerhalb einer Woche. Er nahm täglich eine Einspritzung von möglichst frischer 3% Protargollösung vor, ging, falls 24 Stunden nach der Einspritzung erhebliche Reizerscheinungen fehlten, am 3. Tage zu einer 4%, am 5. Tage zu einer 6% Protargollösung über. Am 6. Tage machte B. keine Injektion; waren am nächsten Tage wieder Gonococcen vorhanden, so ging B. zur gewöhnlichen Tripperbehandlung über. Bei fehlenden Gonococcen müssen noch mehrfach Nachuntersuchungen ev. nach provokatorischer Injektion vorgenommen werden.

Hans Schwerin-Berlin.

B. Salge: Die Behandlung der hereditären Syphilis des Säuglings. (Berliner klinische Wochenschrift 1905, No. 22).

Das souveräne Mittel ist das Quecksilber. Sehr beliebt sind die Sublimatbäder (1 : 20000, d. h. man setzt dem Bade von 20 L 1 g. Sublimat zu); am besten verordnet man das Sublimat in einer Lösung von 4—6 : 200

und läßt den vierten Teil dem Bade zusetzen. Diese Behandlung ist bequem, hat aber 2 Übelstände: bei nicht sehr affizierter Haut wird nicht viel von dem Hg. resorbiert, und wird dasselbe resorbiert, so weiß man nie auch nur annähernd, wieviel es ist.

Die Schmierkur hat den Übelstand, daß graue Salbe bei Kindern nicht selten intensive Exzeme verursacht. Besser wird die Sache, wenn man verordnet:

Rp. Hydrarg. colloid. 1,0
Lanolin 30,0
Div. in part. aequ. X.

Am einfachsten ist die Internkur. Kalomel wirkt freilich unangenehm durch die Durchfälle. Praktischer ist die Ordination von Hydrarg. jodat flav. in Dosen von 5 mg bis 1 cg 2 mal täglich. Ideal ist die Spritzkur und zwar nach der Methode von Imervol, nach der man 2—4 mg. injiziert, und zwar wöchentlich nur 1 mal, im ganzen 3—4 mal. Man verschreibt:

Rp. Hydrarg. bichlorat. 0,2
Natr. chlorat 0,2
Aq. dest. 10,0
S. 1 mal wöchentlich $^1/_{10}$ ccm zu injizieren.

Die Injektion erfolgt intramuskulär in den äußeren oberen Quadranten einer Hinterbacke. Da mit den Injektionen abgewechselt wird, so wird in jede Hinterbacke nur alle 14 Tage und während einer Kur im allgemeinen nur 2 mal eingespritzt. Die Injektionen sind nur sehr wenig schmerzhaft und von keinerlei unangenehmen Folgen. Man benutzt am besten Glasspritzen mit eingeschliffenem Glasstempel, der oben ganz eben ist, so daß genaue Einstellung erfolgen kann. S. hat bei dieser Behandlung überraschend schnelle Heilungen erlebt

Bei den leichteren Fällen kommt man mit der Internkur oder einer Spritzkur mit kleineren Dosen aus, für die schweren dürfte hauptsächlich Spritzkur mit höheren Dosen 3—4 mg. beim Säugling indiziert sein, außerdem vielleicht bei intakter Haut Schmierkur, bei exkorilerter Sublimatbäder Die Kur soll im allgemeinen 6 Wochen dauern, nur bei der Spritzkur nach Imervol kann man sich mit Einspritzungen begnügen. Die Kur wiederhole man im 2. und 3. Lebensjahre.

Was die symptomatische Therapie anbelangt, so bekämpft man den Schnupfen durch Einblasungen mit Calomel 16 : Sacch. 20,0 oder man führt Tampons mit roter Präzipitatsalbe ein oder bepinselt die Nasenschleimhaut mit Argent. nitr. oder Hydrarg. colloid. Einen ausgezeichneten Erfolg erreicht man mit Nebennierenpräparaten. Am bequemsten und billigsten ist die Verwendung der Soloid-Hermisin-Tabletten, von denen eine in 5 ccm Wasser oder Kochsalzlösung gelöst, eine Lösung von 1 : 1000 gibt; damit werden Wattetampons getränkt und mehrmals täglich in die Nase gesteckt. Das Kind atmet und trinkt sofort besser. **Grätzer-Sprottau.**

C. Hödlmoser: Tabes und Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse von Bosnien und Herzegowina. (Wiener kl. Rundschau, No. 14 u. 15.)

Unter Würdigung der einschlägigen Literatur und besonderer Berücksichtigung der für diese Frage besonders lehrreichen Verhältnisse von Bosnien und der Herzegowina, kommt Verfasser zu folgenden Schlußsätzen: „Wenn wir auch nach den vorliegenden Statistiken annehmen müssen, daß die Lues für die Entstehung der Tabes, allerdings wahrscheinlich nur als praedisponierendes Moment, eine eminent wichtige Rolle spielt, so muß doch andrerseits zugegeben werden, daß eine Reihe von andern prädisponierenden Momenten besteht, bei deren Wegfall sich auch nach überstandener Lues die Tabes seltner entwickelt. Als einen Beweis gegen den prädisponierenden Charakter der Lues für die Tabes läßt sich aber das relativ seltene Vorkommen der Tabes in den tropischen und subtropischen Ländern nicht auffassen, da auch andere allgemein anerkannte syphilitische Krankheiten des Nervensystems in diesen Ländern selten zu sein scheinen.

Dr. A. Seelig-Königsberg i. P.

Th. Burgdorf: Beitrag zur Casuistik der Lues spinalis. (Inaug.-Diss., Kiel 1904.)

Die Eigenschaft der selten vorkommenden L. spinalis, alle möglichen anderen Rückenmarkskrankheiten kopieren zu können, die Mannigfaltigkeit der Krankheitsbilder, die Kombination mit Lues cerebralis machen die Diagnose bei fehlender Anamnese sehr schwierig. In vielen Fällen wird erst der Erfolg einer antiluetischen Behandlung die Diagnose sichern. Mitteilung eines Falles, der mit Schmerzen im Rücken, also einer Affektion der Meningen, begonnen hatte, die dann schließlich zum Brown-Léquard'schen Symptomenkomplex (vorzugsweise motorische Schwäche des einen Beins bei sensibler Beteiligung des anderen) führte, auf dessen Häufigkeit bei Lues spinalis besonders Oppenheim hingewiesen hat Auch der Verlauf des Falles zeigte, daß man, wie ebenfalls Oppenheim hervorhebt, die Möglichkeit einer syphilitischen Grundlage bei jeder Erkrankung des Rückenmarks ins Auge zu fassen hat.

Schwab-Hamburg.

L. S. Jacobson: Die geschlechtliche Enthaltsamkeit vor dem Forum der Medizin. (Ruß Wratsch. 1905, No. 18.)

Verfasser hat eine Umfrage bei den Repräsentanten der medizinischen Wissenschaft über die Frage von der Einwirkung der absoluten geschlechtlichen Enthaltsamkeit auf die Gesundheit angestellt, und gelangt an der Hand der zahlreich eingelaufenen Antworten zum Schluß, daß die Jugend (bis zum 20. Lebensjahre) durchaus enthaltsam sein müßte, daß die Enthaltsamkeit ihr keineswegs schädlich, sondern direkt nützlich sei. Die sonst auch gerade für die Jugend so verhängnisvollen Geschlechtskrankheiten fallen dann eo ipso weg. Was die Enthaltsamkeit bei Personen mittleren Alters anbelangt, so gehen die Ansichten der Autoren darüber weit auseinander, jedoch spricht sich die Majorität dahin aus, daß auch in dem Alter die Enthaltsamkeit mindestens unschädlich sei.

S. Prissmann-Libau.

III. Besprechungen.

Ries-Stuttgart: Über Harnverhaltung. (Sonderabdruck aus dem „Württembergischen Medizinal-Correspondenzblatt, 1905.)

Im Anfange einer chronischen Harnverhaltung sind die Erscheinungen von seiten der Harnwege oft sehr geringfügig. Es ist deshalb bei Klagen in dieser Beziehung unumgänglich, die Harnorgane in ihrer Gesamtheit, besonders auch die Blase vom Rektum aus, zu untersuchen. Bei konstantem Zurückbleiben von Residualharn in einer Menge von 150 ccm ist zu katheterisieren, anfangs täglich einmal, späterhin so oft Bedürfnis zum Harnen vorhanden ist. Der Katheter ist therapeutisch dann anzuwenden, wenn die Störungen der Harnentleerung ausgeprägt sind, wenn größere Mengen von Residualharn nachgewiesen sind und wenn eine Überdehnung der Blase anzunehmen ist. Bei alten Leuten ist „eine beträchtliche Menge Urin in der Blase zurückzulassen und die künstliche Entleerung der Blase in dem Momente zu unterbrechen, wo der im Anfang starke Strahl beginnt schwächer zu werden" (Guyon); ist der Urin zersetzt, so lasse man ihn ganz ab und spritze eine Borlösung in die Blase, um diese nicht ganz leer zu lassen. — Akute Harnretentionen sind durch ein mechanisches Hindernis in der Blase, Prostata oder Harnröhre verursacht oder durch Störungen der Innervation bei intaktem Harn-Apparat, z. B. im Verlauf von Infektionskrankheiten. Die Retention bei der Gonorrhoe ist durch warme Bäder, Opiate, event. Katheterisieren zu beseitigen. Auch bei Strikturen ist expektative Therapie angezeigt, event. wird durch ein Bougie nach Applikation von Adrenalin der Abfluß des Urins ermöglicht. Externe Urethrotomie oder Blasenpunktion sind fast stets vermeidbar. Bei Prostata-Hypertrophie mit akuter Harn-Verhaltung ist zartes Vorgehen mit starken Metall-Kathetern (23—25 Charriére) nötig; starke Krümmung ist empfehlenswert. Mißlingt der Katheterismus, so ist Punktio vesicae am Platze. Die Bottini'sche Operation eignet sich nicht für alle Fälle von Prostata-Hypertrophie. **Forchheimer-Würzburg.**

Magnus Hirschfeld: Berlins drittes Geschlecht. (Grossstadt-Dokumente Bd. 3). 2. Auflage. (Berlin und Leipzig, Verlag von Hermann Seemann Nachf., G. m. b. H.)

Der bekannte und verdiente Vorkämpfer für die Befreiung der Homosexuellen aus den eisernen Klammern des Strafgesetzbuches hat mit dem vorliegenden Heftchen sein bisheriges wissenschaftliches Kampfgebiet verlassen und sich an einen größeren Kreis gewandt. Manchem mag dies im ersten Augenblick befremdlich erscheinen; wer aber beobachtet hat, mit welcher Verständnislosigkeit man die bekannte Resolution im Reichstag behandelte, der wird Hirschfeld recht geben, wenn er versucht, durch eine populäre Darstellung des wichtigen Problems eine breitere Basis für dessen Lösung zu gewinnen. Überflüssig zu betonen, daß der Verfasser jedes Streben nach Pikanterie vermeidet! Mögen seine überzeugend geschriebenen Ausführungen die Zahl derer vermehren, „die nicht wollen, daß sich die Opfer menschlichen Unverstandes noch weiter häufen". **Forchheimer-Würzburg.**

LULLUS

Die Wirkung der böhmischen Bäder
und namentlich von Karlsbad beruht in der Hauptsache
auf dem

Gehalt an schwefelsaurem Natron
Davon besitzt:

Karlsbad Sprudel 2,40 g.
Schlossbrunn 2,31 p.
Hersfeld Lullusbrunnen **2,28** m.

Der **Brom** und **Lithium** enthaltende **Hersfelder**

Lullusbrunnen

ist von bewährter Heilkraft

**gegen: Krankheiten des Magens, des Darmes,
Hämorrhoiden, der Milz, der Leber,
der Nieren, der Harnorgane, gegen Gicht,
Zuckerkrankheit, Fettleibigkeit, Gallensteine**
sowie die durch Gicht hervorgerufenen
Erkrankungen der Athmungswege

Versand in Flaschen: An Aerzte zu Versuchszwecken unentgeltlich und franko Bahnstation des Empfängers; sonst **30** Flaschen **13.50 Mk.** frei nächste Bahnstation des Empfängers inkl. Glas und Verpackung.

Auskunft erteilt die
Hersfelder Brunnengesellschaft, A. G. Hersfeld.

LULLUS-QUELLE

der Hersfelder Brunnengesellschaft A. G., Hersfeld.

Zusammenstellung der Resultate.

Die kohlensauren Salze als wasserfreie Bikarbonate und sämtliche Salze ohne Krystallwasser und die Säuren als Anhydride berechnet:

a) In wägbarer Menge vorhandene Bestandteile:

	In 1000 Gewichtsteilen Wasser:
Schwefelsaures Natron	**2281959** g. p. m.
Salpetersaures Natron	0,005163 " " "
Chlornatrium	0,555720 " " "
Bromnatrium	0,000175 " " "
Jodnatrium	0,000004 " " "
Chlorkalium	0,032027 " " "
Chlorlithium	0,001489 " " "
Schwefelsaurer Kalk	0,545067 " " "
Doppelt kohlensaurer Kalk	**0,533127** " " "
Phosphorsaurer Kalk (Ca H P O_4)	0,000025 " " "
Arsensaurer Kalk (Ca H As O_4)	0,000052 " " "
Schwefelsaurer Strontian	0,013631 " " "
Doppelt kohlensaure Magnesia	**0,198290** " " "
Doppelt kohlensaures Eisenoxydul	**0,158774** " " "
Doppelt kohlensaures Manganoxyd	0,000857 " " "
Doppelt kohlensaures Zinkoxyd	0,011149 " " "
Borsäure	0,002348 " " "
Kieselsäure	0,011285 " " "
Summe	4,351142 g. p. m.
Kohlensäure	0,010083 " " "
Summe aller Bestandteile	4,361225 g. p. m.

b) In unwägbarer Menge vorhandener Bestandteil:
Kohlensaurer Baryt

Wiesbaden, den 9. Juni 1905.

Chemisches Laboratorium von Dr. R. Fresenius.
gez. Prof. Dr. E. Hinz. gez. Prof. Dr. W. Fresenius.

Politisch-Anthropologische REVUE

Monatsschrift für das soziale und geistige Leben der Völker

IV. Jahrgang.

Abonnements-Preis

vierteljährlich Mark 3,—
halbjährlich „ 6,—
ganzjährlich „ 12,—

Probenummern auf Verlangen kostenlos

Verlag von Thür. Verlags-Anstalt, Leipzig, Lindenstr. 20.

Verlag der Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.
W. Malende in Leipzig.

Gegen Mitte Dezember erscheint nachgenannte

für Ärzte wie für Juristen interessante Novität:

Geschlechtsübergänge.

Mischungen männlicher und weiblicher Geschlechtscharaktere.
(Sexuelle Zwischenstufen.)

Erweiterte Ausgabe eines auf der 76. Naturforscherversammlung zu Breslau gehaltenen Vortrages
von

Dr. med. **Magnus Hirschfeld**
in Charlottenburg.

Mit ausführlicher Beschreibung und Würdigung zweier neuer Fälle von Hermaphroditismus sowie 83 Abbildungen, zwei Textfiguren und einer farbigen Tafel (größtenteils Originale).

Preis: 5 Mark.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Neuartige Medikation.

Arhovin

vorzüglichstes Präparat zur **internen** und **externen** Behandlung der **Gonorrhoe.**

Zuverlässigstes

Harn-Desinfiziens

da von **hoher, antibakterieller Wirkung.**

Wichtiges **Prophylaktikum** gegen

Gonorrhoische Gelenkentzündungen und **Endocarditiden.**

Kein Santal, Formaldehyd, Pflanzenextrakt, Salolpräparat etc., sondern **Additionsprodukt** des Diphenylamins und der **Thymylbenzoesäure** (esterifiziert); es stellt eine Flüssigkeit dar, die ihres kühlend brennenden Geschmackes wegen **nur in Gelatinekapseln eingenommen** werden kann. (Originalschachteln oder in einzelnen Dosen bequem zu verwenden.)

Arhovin ist in Wasser unlöslich, leicht löslich dagegen in Oel, weshalb es in **Oellösung** zu **Injektionen, Blasen-** und **Scheidenausspülungen mit Kakaoöl,** zu **Stäbchen, Vaginalkugeln, Wat tetampons** etc. verwendet wird.

Arhovin beseitigt schnell Schmerzen und Brennen, ruft nie Magenbeschwerden oder **Nierenreiz** hervor.

Indikationen:

Gonorrhoea
acuta et chronica
Cystitis gonorrhoica
acuta et chronica
Cystitis simpl.
acuta et chronica
Fluor albus
Harnsaure Diathese.
Metastatische Abszesse des Uterus und der Ovarien.

Besonders empfehlenswert bei Behandlung der
Gonorrhoe der Frauen

Literatur steht den Herren Aerzten zu Diensten.

Medikation:

Intern

Rp. **Arhovin** 0,25 in caps. gel. — S. 3—6mal tgl. 1 Kapsel

Originalschachtel: 30 Stück à 0,25 gr. = 2 Mk. | 50 Stück à 0,25 gr. = 3 Mk.

Extern

Rp. **Arhovin** 1—2 gr.
Ol. arachid. oder olivar. ad 100.
S. extern 2—4mal tgl. 1 Spritze, ev. Blasen- oder Scheidenausspülungen, ev. zum Tränken von Wattetampons für Vagina, Uterus etc. oder

Rp. **Arhovin** 0,05 gr.
Ol. cacao 1—2 gr.
f. bacill. dent. tal. dos. q. s. S. 2—4mal tgl. 1 Stäbchen einzuführen (für männl. u. weibl. Urethra) Originalschachtel 10 Stück **1.50** Mk., 20 Stück **2.50** Mk. oder

Rp. **Arhovin** 0,05—0,1 gr.
Ol. cacao 1—2 gr.
f. globul. dent. tal. dos. q. s. S. 2—4mal tgl. ein Stück einzuführen (f. d. vag.). Originalschachtel 10 St. **1.50** Mk., 20 St. **2.50** Mk.

Chemisches Institut **Dr. Horowitz, Berlin N. 24.**

Ein **nach Idee, Inhalt** und **Form** höchst eigenartiges Werk, bestimmt, eine bestehende Lücke in der medizinischen Literatur auszufüllen, ist das **kürzlich** erschienene Werk:

Der Schmerz, ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel. Eine Schmerz-Theorie.

Von **Ad. Alf. Michaelis.** Preis Mk. 3.—. (= Ein derartiges Werk existierte bisher **nicht!** Seine große **Brauchbarkeit für den praktischen Arzt** wurde ärztlicherseits bereits festgestellt. =)

Verlag der Monatsschrift für Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene, W. Malende in Leipzg

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Sapolentum Hydrarg. Görner

zur farblosen Quecksilber-Schmierkur

ist in Gelatinekapseln dispensierte 33⅓% Quecksilbersalbe löst sich in Wasser.

Bewährter Fortschritt!

Der Körperteil ist nach der Bearbeitung

farblos, sauber und geruchlos.

Hauptvorzüge gegen Unguentum cinereum:
Unveränderliche Haltbarkeit und **Kontrolle** des **Masseurs.**
Ambulante Behandlung ohne Berufsstörung des Patienten.
Zuverlässige Wirkung, welche von Dr. Max Josef klinisch erprobt, in wissenschaftlichen Arbeiten besprochen und von Dr. A. Blaschko und vielen anderen Autoritäten lobend anerkannt ist.
(Derm. Centralbl. 1898 No. 6. Dtsch. Ärzte-Ztg. 1900 H. 8 und 1901 H. 2. Berl. klin. Wochenschr. 1900 No. 51 und 52. Lehrbuch d. Geschlechtskrankheiten, Dr. Max Joseph, III. Aufl. 1901).

Preis für 1 Schachtel mit je 10 Kapseln: à 3 gr. = 1.50, à 4 gr. = 1.75, à 5 gr. = 2 M., wie ungt. ciner. in Papier.

Zu beziehen durch alle Apotheken oder direkt von

Görner, Hofapotheker, **Berlin W.,** Ansbacherstr. 8.

Deutsches Reichspatent.

Prompt wirkende weiche Salicyl- u. Salicyl-Ester-Seifen.

Rheumasan
Tube M. 2,—. Topf M. 1,25.
Rheumatismus, Gicht, Ischias, Migräne, Pleuritis, Influenza, Tylosis.

Ester-Dermasan
Tube M. 2,50. Topf M. 1,50.
desgl. bei hartnäckigen Fällen; ferner bei Psoriasis und Pityriasis.

Ester-Dermasan-
Vaginal-Kapseln
Schachtel mit 10 Stück M. 2,—.
Parametritis, Perimetritis, Oophoritis.

Literatur und Proben kostenlos.

Chem. Werke Fritz Friedlaender, G. m. b. H., Berlin N. 24, Friedrichstrasse 131 d, Ecke Karlstrasse.

Ein süddeutscher bekannter Bezirksarzt äußert sich über die

Kaiser Friedrich Quelle

Offenbach a. Main

„Das Wasser bekommt dem Magen vorzüglich und schmeckt wie jetzt bei mir seit 6 Jahren immer gleich gut.

Nach der Zusammenstellung von Pfeiffer hat es ja bekanntlich unter allen

gegen Gicht

gebrauchten Wassern den geringsten Kalkgehalt.

Verlag von Max Gelsdorf, Leipzig-Gohlis.

von Notthafft,

Taschenbuch für Dermatologen und Urologen.

IV. Ausgabe. (Jahrgang 1905 u. 1906.)

Ich liefere das elegant gebundene, mit besonderem Notizkalendarium für 1906 versehene Exemplar gegen Einsendung des Betrages von **5.— Mk.** portofrei (unter Nachnahme 5.30 Mk.).

SANATOGEN

wirksamstes Kräftigungsmittel
und
zuverlässiges Nerventonicum

Indiciert bei

Sexual-Neurasthenie

Impotenz, Syphilis und Quecksilber-Kachexien
sowie Erschöpfungszuständen aller Art.

Den Herren Aerzten Literatur und Proben gratis und franco
von **BAUER & Cie.**, Sanatogenwerke, **Berlin SW. 48.**

Unguentum Heyden

Salbe aus **Calomelol** zu **antisyphilitischen** Schmierkuren *(Neisser)*. Färbt weder Haut noch Wäsche. Leicht einreibbar (höchstens 15 Min.). Einzeldosis 6 g. — In graduierten Schieberöhren zu 30 und 60 g. Verordnung in Einzelpackungen wegen Subtilität der Salbe zu vermeiden.

Calomelol

(Kolloidales Kalomel.) Ersatz für Kalomel als innerliches **Antisyphilitikum** in Tabletten zu 0,01 g, als Streupulver auf **Schanker, syphilitische Geschwüre.** Weniger giftig als Kalomel.

Novargan

Reizlosestes Antigonorrhoikum unter den **Silberpräparaten.** Ueberlegene keimtötende Wirkung. Für Injektionen, 0,2—1%ige Lösung. — In **frischen Fällen** (zur Abortivbehandlung 1—3%ige Lösung (10 cm^3) zu Injektionen oder 15%ige Lösung (0,5 cm^3) zu Instillationen. — Lösung **kalt** bereiten; darf für Blasenspülung auf 40^0 erwärmt werden.

Xeroform

Bester Ersatz für Jodoform.
Eminent austrocknend, ungiftig, nicht reizend. Desodorisiert selbst jauchige Sekrete. **Spezifische** Wirkung bei **nässenden Ekzemen, Intertrigo, Ulcus cruris, Verbrennungen.**

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Mitinum purum.

Eine überfettete
Emulsion mit hohem Gehalt
an serumartiger Flüssigkeit.

Basis
für

Salben u. Pasten.

Mitinum cosmeticum
(Mitincream)

Geschmeidig, spielend leicht in die Haut eindringend, fein parfümiert. Zur Einfettung und Reinigung der Haut. Vorzügliches Kühlmittel.

Kassenpackung:
Büchse à 25 Gramm:
25 Pfg.

Dr. Jessner's Mitin-präparate

Fabrikanten:
Chemische Fabrik
Krewel & Co.
G. m. b. H.
Cöln a. Rh.

Literatur
und Proben auf
Wunsch.

Pasta Mitini
(Mitinpaste)

Beim Verstreichen hautfarbig. **Rein** statt Zinkpaste etc. bei allen leichten Entzündungsprozessen der Haut. Zum Schutze empfindlicher Hände. **Basis** für alle in Pastenform verordnete Medikamente.

Kassenpackung:
Büchse à 20 Gramm
25 Pfg.

Mitinum mercuriale
(Mitin Hydrargyrum)

33⅓% Hydrargyrum vivum.
Wenig färbend, in
5 Minuten zu verreiben.
Sehr wirksam.

Kassenpackung:
Glasröhre à 30 Gramm;
70 Pfg.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig. – Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben
von

Dr. med. Karl Ries in **Stuttgart,** Kanzleistr. 1.

Monatlich ein Heft. Preis des Jahrgangs (12 Hefte) M. 8.— (im Ausland M. 10.—). Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende, Leipzig, Johannisgasse 3.

Heft 12. **Dezember 1905.** Jahrgang II.

Inhaltsübersicht.

I. **Originalarbeiten:**

Dr. M. P. Manassein-St. Petersburg: „Beiträge zur Geschichte der Dermato- und Venerologie." Übersetzt von *Dr. Otto Steinborn-Thorn.* (Fortsetzung.)

II. **Schlußwort und Register** zum II. Jahrg. 1905.

I. Originalarbeiten.

Beiträge zur Geschichte der Dermato- und Venerologie.*)

Von **Dr. M. P. Manassein,** Privat-Dozent an der med. milit. Akademie **St. Petersburg.**

Übersetzt von Dr. Otto Steinborn-Thorn.

(Fortsetzung.)

Interessant war seine Mitteilung, daß man bei dem Versuche, einen weiblichen Arzt anzustellen, keinen finden konnte, trotzdem man 3000 Mark dafür ausschrieb; die weiblichen Ärzte verlangten viel mehr. Eine Tatsache, welche mich zum Vergleiche mit den Ver-

*) Erschienen in dem vom Verfasser redigierten „Russkij medizinskij Wjestnik" (Russischer medizinischer Bote 1900).

hältnissen bei uns veranlaßte! Das Empfangszimmer ist zwar einfach, aber bequem und sauber. Man führt 4 Prostituierte zu gleicher Zeit herein, die von einer stark geschminkten, durchaus unsympathischen Weibsperson vorher aufgerufen werden. 2 Mal bemerkte ich, daß die Prostituierten dieser Frau nach der Besichtigung ein kleines Trinkgeld in die Hand drückten, vielleicht dafür, daß sie ihnen beim Ankleiden half! Ich füge hier ein, daß nach Aussagen der Kranken entsprechender Kategorie bei uns Personen, die ein ähnliches Amt haben, auch nehmen und noch dazu wie!

Dr. Körbitz besichtigte zunächst bei allen der Reihe nach die Mundhöhle, hierauf die Genitalien, indem er selbst das Speculum einführte und dann entsprechende Bemerkungen in das Büchlein machte, das jede Prostituierte mit ihren genauen Kennzeichen, um jegliche Verwechslung oder Substitution zu verhindern, bei sich tragen muß. Diese Reihenfolge war von ihm selbst der Bequemlichkeit und Schnelligkeit wegen eingeführt, weil er sich auf diese Weise nicht nach jeder einzelnen Besichtigung die Hände zu waschen brauchte, sondern erst nachdem die Genitalien kontrolliert waren. Eine Besichtigung des ganzen Körpers wurde nur in verdächtigen Fällen vorgenommen. Die Kranken waren offenbar an diese Ordnung schon gewöhnt, da alles außerordentlich glatt ging. Als Körbitz bei einer Prostituierten ein Ulcus molle konstatierte, teilte er ihr mit, daß sie in das oben beschriebene Obdach gehen müsse, worauf sie so jämmerlich zu schluchzen begann, daß ich unwillkürlich fragte, ob die Kranken das Krankenhaus denn so sehr fürchteten. Körbitz erklärte mir, daß es nicht die Furcht vor dem Krankenhause allein sei, sondern die Einlieferung in das letztere sei für die Erkrankte ein voller Ruin, da die Hauswirtinnen sie schändlich ausnützten, die Sachen wegschleppten usw. Das heißt also, daß alles so ist, wie bei uns, — kam mir unwillkürlich in den Sinn —, aber aus Patriotismus und Nationalstolz verschwieg ich meine Gedanken. — Gleich darauf wurden 2 Prostituierte von Polizisten vorgeführt, von denen die eine von irgend jemand grausam verprügelt war und blaue Flecke und blutunterlaufene Stellen im Gesicht hatte, im übrigen aber gesund war. Die andere war wegen „Stehenbleibens“ zu Arrest verurteilt und mußte nach Gesetzes Vorschrift vor dem Strafantritt ärztlich untersucht werden. Jetzt erschien ein Polizeiagent auf der Bildfläche, der vom Inspektor geschickt war, um nachzusehen, ob ich noch da wäre? Ich wurde etwas verlegen, weil ich annahm, daß ich die erwiesene Liebenswürdigkeit mißs

braucht hätte; aber Körbitz beeilte sich, mir zu erklären, daß der Inspektor dies nur getan habe, um zu erfahren, ob man mich „christlich" aufgenommen hätte. Nach seinen Worten sei der Inspektor ein äußerst liebenswürdiger Herr, und die Ärzte seien mit ihm sehr zufrieden. Er (der Inspektor) sei allerdings nicht Arzt, weil man es bei dieser Abteilung häufig auch mit Verbrechern zu tun habe, zu denen die Prostituierten das Bindeglied seien. Mit besonderer Befriedigung nahm ich Abschied von dem geehrten Kollegen, nachdem ich mit eigenen Augen gesehen hatte, wie gut er mit den Kranken umgeht, die ihm mit gleicher Münze zahlen!

Die Leipziger Universitätsklinik des Prof. Riehl (NB. Rector magnificentissimus der Universität ist der König von Sachsen selbst!) besuchte ich eines Sonntags früh, da ich einerseits den Professor am Sonntag nicht stören, andererseits auch nicht einen Tag verlieren wollte. Ich wandte mich also direkt — wie ich glaubte — an den „du jour" habenden Ordinator; jedoch war dieser nur ein sog. „Famulus". Ich muß bei dieser Gelegenheit einige Worte über diesen eigenartigen Beruf sagen, der fast an allen Kliniken, Polikliniken und städtischen Krankenhäusern besteht. Für gewöhnlich füllen dieses Amt Studenten aus, welche sich zum Staatsexamen vorbereiten und sich daneben in dem bestimmten Fache spezialisieren wollen. In Wirklichkeit sind dies jene Ordinatoren, die, einiger Rechte beraubt, alle Pflichten übernommen haben, welch letztere oft sehr ermüdend sind, weil die Krankengeschichten zu führen, Analysen zu machen sind usw. In einigen Anstalten, wo die Leiter und Assistenten sich gewöhnlich nur der Arbeit der „Famuli" bedienen, dafür als Entgelt aber nur wenig geben, trifft man die letzteren auch in den Sommerferien nicht, zu welcher Zeit diese Art der Beschäftigung sonst besonders blüht.

Wenn nun sowohl die Leiter als auch die hier beschäftigten „Famuli" zu dieser Angelegenheit einen richtigen Standpunkt einnehmen, so unterliegt es keinem Zweifel, daß eine derartige Vorbereitung für die Praxis in weitestem Sinne besonders wichtig und von hohem Wert ist. Ich will bei dieser Gelegenheit nicht verfehlen zu erwähnen, daß auch aus der Mitte unserer Studentenschaft vor kurzem in der medizinischen Presse der Ruf nach Einführung einer ähnlichen Einrichtung laut geworden ist. In der „Jeschenied. prakt. Med." 1899, No. 11 stand ein Aufsatz mit dem Titel „Mängel in der medizinischen Ausbildung", worin der Verfasser — der Student J. J. Kasaß — eine Maßnahme vorschlägt, „die schon einige Male von den Studenten selbst

ausgesprochen und von einigen Professoren — aber nur von einigen — schon verwirklicht war.

Eine solche Maßnahme wäre nach Ansicht dieses Autors „die Einführung der obligatorischen Abkommandierung der Studenten des III. Kursus in gut eingerichtete Krankenhäuser, was gewiß auch zu nicht geringer Entlastung der oft überbürdeten Ärzte beitragen würde und gleichzeitig eine ausgezeichnete Schule für die zukünftigen jungen Ärzte wäre[1]).

Man muß auch der Anmerkung der Redaktion beipflichten, welche besagt, daß „der Ruf der Studenten, der sich mit vollem Bewußtsein auf die Methode des Unterrichts bezieht, überall die gewünschte Aufmerksamkeit hätte erregen müssen". Ich glaube jedoch, daß man nur dann einen sicheren Erfolg haben wird, wenn man von der obligatorischen Kommandierung absieht, dafür aber allen Arbeitsfreudigen, die sich abkommandieren lassen wollen, — an solchen wird es nicht fehlen — in ausgiebigster Weise Gelegenheit hierzu verschafft und ihnen — wie es auch Herr Kasaß vorschlägt — bis zu einem gewissen Grade in materieller Hinsicht unter die Arme greift. Das letztere findet im Auslande allerdings nicht statt. Die Famuli tun ihre Pflicht gratis.

In Erinnerung an diesen Ruf unserer Studenten, der freilich bis heute noch der Stimme des Rufenden in der Wüste gleicht, habe ich mich lebhaft für diese Frage interessiert. Durch Nachfrage bin ich zu der Überzeugung gekommen, daß in der größeren Mehrzahl der Fälle – unter den gegenwärtigen Zuständen des Famuluswesens — beide Seiten zufrieden sind, d. h. die Famuli und die Leiter; es zieht sogar die Anstalt selbst Nutzen daraus, da der Zudrang immer neuer, junger, energischer Hände und Köpfe, die sich aus Liebe zur Sache melden, günstig auf den Zustand derselben einwirken muß.

Ich will hier offen eingestehen, daß es mir angenehmer war, die Klinik mit dem sehr sympatischen Famulus allein durchzugehen. Da Prof. Riehl gegen 12 Uhr erwartet wurde, es aber erst 9 Uhr war, so glaubte ich, die Klinik sozusagen im Alltagsgewande sehen zu können, doch hatte ich die Rechnung ohne den Wirt gemacht. Alle Abteilungen — die der Männer, der Frauen und Kinder — waren schon in voller Ordnung; nirgends ein Stäubchen, nirgends auch nur eine Spur von Unsauberkeit, das ganze Bedienungspersonal war in reinen Kleidern und weißen Schürzen. Die Klinik bezauberte durch die Sauberkeit, die

[1]) Das Fettgedruckte hat Manassein hinzugefügt.

Menge Licht und Luft und erinnerte in keiner Weise an ein Kasernement oder gar an ein Gefängnis. Hier in der Klinik befinden sich 2 gut eingerichtete Laboratorien, ein kleineres und ein größeres. Das erstere ist für die alltägliche Arbeit bestimmt, während das andere für größere, wissenschaftliche Arbeiten reserviert ist. Die Badezimmer in den einzelnen Abteilungen waren zwar einfach, aber sehr praktisch und reinlich; auch Doucheeinrichtungen befanden sich darin. Einseitige Behandlungsmethoden gibt es in der Klinik nicht; die Syphilitiker erhalten bei normalem Verlauf der Krankheit jeden 6. Tag ein Bad. In den Sälen für Tripperkranke fielen mir Tafeln an den Wänden auf, welche in großgedruckter Schrift Vorschriften über die strenge Notwendigkeit enthielten, die Hände — wegen der Infektionsgefahr für die Augen — rein zu halten.

Die Morgenurine standen in Spitzgläsern auf den Tischen, um im Bedarfsfalle bei der Hand zu sein. Die Frauenabteilung ist in 2 Teile geteilt, die jedoch durch einen gemeinsamen Korridor miteinander verbunden sind; in dem einen liegen ausschließlich Prostituierte, in dem anderen Nichtprostituierte. Eine Isolierkammer für Straffällige existiert auch hier, aber sie ist nur ein abgesondertes, kleines Zimmes, das hoch und hell ist und sich im übrigen in nichts von den anderen Krankenzimmern unterscheidet. Sie kommt nach den Worten des Famulus kaum in Anwendung. Sowohl diese, wie auch die nächste Abteilung steht unter der Aufsicht einer barmherzigen Schwester und zwar nicht nur in wirtschaftlicher, sondern bis zu einem bestimmten Grade auch in disziplinarer Beziehung. Die Ärzte haben mit der Wirtschaft gar nichts zu tun. Die Schwestern haben Waagen zur Kontrolle für den Fall, daß sich Bedenken erheben sollten; das Geschirr, welches ich zufällig in die Hand nahm, hätte die strengste Hausfrau befriedigen müssen! Auf meine Frage, ob es schwer sei, mit den Prostituierten auszukommen, antwortete die Schwester bejahend, doch fügte sie selbst hinzu, daß es bei einiger Ausdauer und Geduld, besonders aber bei gerechter Behandlung, zu besonderen Verdrießlichkeiten nicht käme. Die Kinderabteilungen beaufsichtigt ebenfalls eine barmherzige Schwester; diese Abteilung machte auf mich den Eindruck einer großen Kinderstube, da zur Vervollständigung des Bildes noch eine Menge Spielzeug umherlag! Man merkt in der Klinik im allgemeinen das Bestreben nach Antiseptik, welche Tendenz natürlich schon längst und überall hätte Platz greifen sollen bei Haut- und Geschlechtskrankheiten ebenso wie bei chirurgischen Fällen, besonders wenn man

die Kontinuitätstrennungen der Hautdecken berücksichtigt. Es steht leider außer jedem Zweifel, besonders in unserem Vaterlande, daß immer noch die eigenartige Ansicht besteht, als wäre für die Hautkranken das Schlechteste — nicht ausgenommen die Lage der Krankenabteile und die Kleidung usw. — eben noch gut genug.

Als wir die allgemeine Besichtigung fast beendigt hatten und uns nur bei den interessantesten und seltensten Fällen aufhielten, über die mein liebenswürdiger Begleiter — auf Wort! — alle Einzelheiten wußte, erschien der I. Assistent der Klinik, dessen Namen ich leider vergessen habe. Der verehrte Kollege erwies sich fast noch liebenswürdiger, als der Famulus, und — indem er sein Bedauern darüber aussprach, daß er mir bei der Besichtigung der Klinik nicht hatte nützlich sein können — schlug mir vor, die Poliklinik zu besichtigen. Dieselbe ist am Ende der Klinik untergebracht und hat einen besonderen Eingang. Als Warteräume dienen 2 kleine Zimmer, für Männer und Frauen gesondert, zu denen man durch gesonderte Eingänge auf einer gemeinsamen Treppe gelangt. Die Einrichtung ist äußert einfach; die Wände sind mit Ölfarbe gestrichen, an Möbeln ist nur ungefähr ein Dutzend Stühle vorhanden. In dem Empfangszimmer, wo zwei Ärzte zu gleicher Zeit arbeiten, ist ein verschiebbarer Vorhang angebracht. Daselbst steht außer dem gewöhnlichen Instrumentarium dicht am Eingange ein Bettgestell, worauf die Kranken bei etwaigem Ohnmachtsanfall gelegt werden. So gerne ich auch auf Prof. Riehl gewartet hätte, so mußte ich doch darauf verzichten. Ich hatte mich nämlich um 12 Uhr mit dem Untersuchungs-Arzte der Prostituierten verabredet. Dankend nahm ich von den Kollegen Abschied. Meinen Zweck hatte ich ja schon erreicht.

Bezüglich der Frage der Prostitution kann ich nicht unterlassen zu erwähnen, daß in Leipzig — am Ende des XIX. Jahrhunderts — die Prostituierten nicht das Recht haben, sich vor 8 Uhr abends auf der Straße zu zeigen!

Mittels Eisenbahnfahrt von 50 Minuten gelangt man von Leipzig nach Halle. Die dortige Universität wurde 1694 gegründet und 1817 mit der — 1592 gegründeten — Hochschule zu Wittenberg vereinigt. Es ist also auf jeden Fall eine alte Universität. Unterwegs hatte ich zufällig Gelegenheit, ein für das deutsche Studententum charakteristisches Bild zu sehen, das ich nicht übergehen möchte.

(Fortsetzung folgt.)

LULLUS

Die Wirkung der böhmischen Bäder und namentlich von Karlsbad beruht in der Hauptsache auf dem

Gehalt an schwefelsaurem Natron

Davon besitzt:

Karlsbad	Sprudel	2,40	g.
	Schlossbrunn	2,31	p.
Hersfeld	Lullusbrunnen	**2,28**	m.

Der **Brom** und **Lithium** enthaltende **Hersfelder**

Lullusbrunnen

ist von bewährter Heilkraft

gegen: Krankheiten des Magens, des Darmes, Hämorrhoiden, der Milz, der Leber, der Nieren, der Harnorgane, gegen Gicht, Zuckerkrankheit, Fettleibigkeit, Gallensteine sowie die durch Gicht hervorgerufenen **Erkrankungen der Athmungswege**

Versand in Flaschen: An Aerzte zu Versuchszwecken unentgeltlich und franko Bahnstation des Empfängers; sonst **30** Flaschen **13.50 Mk.** frei nächste Bahnstation des Empfängers inkl. Glas und Verpackung.

Auskunft erteilt die

Hersfelder Brunnengesellschaft, A. G. Hersfeld.

Deutsches Reichspatent.

Prompt wirkende weiche Salicyl- u. Salicyl-Ester-Seifen.

Rheumasan
Tube M. 2,—. Topf M. 1,25.
Rheumatismus, Gicht, Ischias, Migräne, Pleuritis, Influenza, Tylosis.

Ester-Dermasan
Tube M. 2,50. Topf M. 1,50.
desgl. bei hartnäckigen Fällen; ferner bei Psoriasis und Pityriasis.

Ester-Dermasan-
Vaginal-Kapseln
Schachtel mit 10 Stück M. 2,—.
Parametritis, Perimetritis, Oophoritis.

Literatur und Proben kostenlos.

Chem. Werke Fritz Friedlaender, G. m. b. H., Berlin N. 24, Friedrichstrasse 131 d, Ecke Karlstrasse.

Ein süddeutscher bekannter Bezirksarzt äußert sich über die

Kaiser Friedrich Quelle

Offenbach a. Main

„Das Wasser bekommt dem Magen vorzüglich und schmeckt wie jetzt bei mir seit 6 Jahren immer gleich gut.

Nach der Zusammenstellung von Pfeiffer hat es ja bekanntlich unter allen

gegen Gicht

gebrauchten Wassern den geringsten Kalkgehalt.“

Verlag der Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.
W. Malende in Leipzig.

Soeben erschien nachgenannte

für Ärzte wie für Juristen interessante Novität:

Geschlechtsübergänge.

Mischungen männlicher und weiblicher Geschlechtscharaktere.

(Sexuelle Zwischenstufen.)

Erweiterte Ausgabe eines auf der 76. Naturforscherversammlung zu Breslau gehaltenen Vortrages

von

Dr. med. Magnus Hirschfeld

in Charlottenburg.

Mit ausführlicher Beschreibung und Würdigung zweier neuer Fälle von Hermaphroditismus sowie 83 Abbildungen, zwei Textfiguren und einer farbigen Tafel (größtenteils Originale).

Preis: 5 Mark.

In dieser Arbeit gibt Dr. Hirschfeld eine zusammenhängende textliche und bildliche Darstellung der zwischen Männern und Weibern vorkommenden Zwischenformen. Im ersten Teil begründet der Verfasser die Gesetze, welche für das Wesen und die Entstehung der Geschlechtsunterschiede in Betracht kommen. Als besonders wichtig stellt er zwei Gesetze auf: einmal, daß in jedem Lebewesen, das aus der Vereinigung zweier Geschlechtswesen hervorgegangen ist, neben den Zeichen des einen Geschlechts die des andern in sehr verschiedenen Gradstufen vorkommen, und dann, daß die Mannigfaltigkeit der Individuen in somatischer und psychischer Hinsicht in erster Linie von dem sehr variablen Mischungs-Verhältnis männlicher und weiblicher Attribute abhängt. Nachdem er dann im 2. Teil zwei Fälle besonders starker Mischung der Geschlechtscharaktere eingehend beschrieben hat, stellt er auf 32 Tafeln mit Erklärungen die Haupttypen des körperlichen und psychischen Hermaphroditismus dar. Beginnend mit makroskopischen und mikroskopischen Photographien echter menschlicher Zwitterdrüsen schildert er die verschiedenen Arten des Scheinzwittertums, gibt höchst interessante Beispiele von Umkehrungen auf dem Gebiete der sekundären Geschlechts-Charaktere, wie Männer mit weiblichen, Frauen mit männlichen Brüsten und Becken, Frauen mit männlichem, Männer mit weiblichem Gesichtsausdruck, Frauen mit stattlichen Vollbärten, Männer, bei denen — mit Ausnahme der Sexualorgane — anatomisch alles weiblich ist. H. beendet den Zyklus hermaphroditischer Formationen mit der konträren Sexualempfindung, welche er durch Abbildungen einiger berühmter urnischer Freundespaare illustriert.

Das neue Buch Hirschfeld's ist nicht nur von hohem naturwissenschaftlichen Interesse, sondern überhaupt von größter Bedeutung für die Erkenntnis und Würdigung des menschlichen Seelen- und Trieblebens.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Neuartige Medikation.

Arhovin vorzüglichstes Präparat zur **internen** und **externen** Behandlung der **Gonorrhoe.**

Zuverlässigstes

Harn-Desinfiziens

da von **hoher, antibakterieller Wirkung.**

Wichtiges **Prophylaktikum** gegen

Gonorrhoische Gelenkentzündungen und **Endocarditiden.**

Kein Santal, Formaldehyd, Pflanzenextrakt, Salolpräparat etc., sondern **Additionsprodukt** des Diphenylamins und der **Thymylbenzoesäure** (esterifiziert); es stellt eine Flüssigkeit dar, die ihres kühlend brennenden Geschmackes wegen **nur in Gelatinekapseln eingenommen** werden kann. (Originalschachteln oder in einzelnen Dosen bequem zu verwenden.)

Arhovin ist in Wasser unlöslich, leicht löslich dagegen in Oel, weshalb es in **Oellösung** zu **Injektionen, Blasen-** und **Scheidenausspülungen mit Kakaoöl,** zu **Stäbchen, Vaginalkugeln, Wattetampons** etc. verwendet wird.

Arhovin beseitigt schnell Schmerzen und Brennen, ruft nie Magenbeschwerden oder **Nierenreiz** hervor.

Indikationen:

Gonorrhoea
acuta et chronica

Cystitis gonorrhoica
acuta et chronica

Cystitis simpl.
acuta et chronica

Fluor albus

Harnsaure Diathese.

Metastatische Abszesse des Uterus und der Ovarien.

Besonders empfehlenswert bei Behandlung der

Gonorrhoe der Frauen

Literatur steht den Herren Aerzten zu Diensten.

Medikation:

— Intern —

Rp. **Arhovin** 0,25 in caps. gel. S. 3—6mal tgl. 1 Kapsel

Originalschachtel: 30 Stück à 0,25 gr. = 2 Mk. 50 Stück à 0,25 gr. = 3 Mk.

— Extern —

Rp. **Arhovin** 1—2 gr.
Ol. arachid. oder olivar. ad 100.
S. extern 2—4mal tgl. 1 Spritze, ev. Blasen- oder Scheidenausspülungen, ev. zum Tränken von Wattetampons für Vagina, Uterus etc. oder

Rp. **Arhovin** 0,05 gr.
Ol. cacao 1—2 gr.
f. bacill. dent. tal. dos. q. s. S. 2—4mal tgl. 1 Stäbchen einzuführen (für männl. u. weibl. Urethra) Originalschachtel 10 Stück **1.50** Mk., 20 Stück **2.50** Mk. oder

Rp. **Arhovin** 0,05—0,1 gr.
Ol. cacao 1—2 gr.
f. globul. dent. tal. dos. q. s. S. 2—4mal tgl. ein Stück einzuführen (f. d. vag.). Originalschachtel 10 St. **1.50** Mk., 20 St. **2.50** Mk.

Chemisches Institut **Dr. Horowitz, Berlin N. 24.**

Ein **nach Idee, Inhalt** und **Form** höchst eigenartiges Werk, bestimmt, eine bestehende Lücke in der medizinischen Literatur auszufüllen, ist das **kürzlich** erschienene Werk:

Der Schmerz, ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel. Eine Schmerz-Theorie. Von **Ad. Alf. Michaelis.** Preis Mk. 3.—. (= Ein derartiges Werk existierte bisher **nicht!** Seine große **Brauchbarkeit für den praktischen Arzt** wurde ärztlicherseits bereits festgestellt. =)

Verlag der Monatsschrift für Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene, W. Malende in Leipzig.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Sapolentum Hydrarg. Görner

zur farblosen Quecksilber-Schmierkur

ist in Gelatinekapseln dispensierte 33⅓% Quecksilbersalbe löst sich in Wasser.

Der Körperteil ist nach der Bearbeitung

farblos, sauber und geruchlos.

Bewährter Fortschritt!

Hauptvorzüge gegen Unguentum cinereum:
Unveränderliche Haltbarkeit und **Kontrolle** des **Masseurs.**
Ambulante Behandlung ohne Berufsstörung des Patienten.
Zuverlässige Wirkung, welche von Dr. Max Josef klinisch erprobt, in wissenschaftlichen Arbeiten besprochen und von Dr. A. Blaschko und vielen anderen Autoritäten lobend anerkannt ist.

(Derm. Centralbl. 1898 No. 6. Dtsch. Ärzte-Ztg. 1900 H. 8 und 1901 H. 2. Berl. klin. Wochenschr. 1900 No. 51 und 52. Lehrbuch d. Geschlechtskrankheiten, Dr. Max Joseph, III. Aufl. 1901).

Preis für 1 Schachtel mit je 10 Kapseln: à 3 gr. = 1.50, à 4 gr. = 1.75, à 5 gr. = 2 M., wie ungt. ciner. in Papier.

Zu beziehen durch alle Apotheken oder direkt von

Görner, Hofapotheker, **Berlin W.,** Ansbacherstr. 8.

SANATOGEN

wirksamstes Kräftigungsmittel
und
zuverlässiges Nerventonicum

Indiciert bei

Sexual-Neurasthenie

Impotenz, Syphilis und Quecksilber-Kachexien
sowie Erschöpfungszuständen aller Art.

Den Herren Aerzten Literatur und Proben gratis und franco
von **BAUER & Cie.**, Sanatogenwerke, **Berlin SW. 48.**

Novargan

Nahezu reizloses Silberpräparat.

„Zur Zeit bestes Mittel bei akuter Gonorrhöe". Einspritzungen der 0,2 bis 0,5 bis 1%igen Lösung.

Xeroform

Bester Ersatz für Jodoform.
Eminent austrocknend, völlig ungiftig, nicht reizend. Desodorisiert selbst jauchige Sekrete. **Spezifische** Wirkung bei **nässenden Ekzemen, Intertrigo, Ulcus cruris, Verbrennungen.**

Unguentum Heyden

Salbe aus **Calomelol** (Calomel colloidale) zu **antisyphilitischen** Schmierkuren *(Neisser)*. Färbt weder Haut noch Wäsche. Einzeldosis 6 g. — In graduierten Schieberöhren zu 30 und 60 g.

Collargol

Zur absolut **reiz-** und **schmerzlosen** Injektions- und Spülungsbehandlung von **Cystitis** und **Urethritis.** Bei **Furunkulose** und **Epididymitis** als „Unguentum Credé".

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Mitinum purum.

Eine überfettete
Emulsion mit hohem Gehalt
an serumartiger Flüssigkeit.

Basis
für
Salben u. Pasten.

Mitinum cosmeticum
(Mitincream)

Geschmeidig, spielend leicht in die Haut eindringend, fein parfümiert. Zur Einfettung und Reinigung der Haut. Vorzügliches Kühlmittel.

Kassenpackung:
Büchse à 25 Gramm:
25 Pfg.

Dr. Jessner's Mitin-präparate

Fabrikanten:
Chemische Fabrik
Krewel & Co.
G. m. b. H.
Cöln a. Rh.

Literatur
und Proben auf
Wunsch.

Pasta Mitini
(Mitinpaste)

Beim Verstreichen hautfarbig. **Rein** statt Zinkpaste etc. bei allen leichten Entzündungsprozessen der Haut. Zum Schutze empfindlicher Hände. **Basis** für alle in Pastenform verordnete Medikamente.

Kassenpackung:
Büchse à 20 Gramm
25 Pfg.

Mitinum mercuriale
(Mitin Hydrargyrum)
33⅓% Hydrargyrum vivum.
Wenig färbend, in
5 Minuten zu verreiben.
Sehr wirksam.

Kassenpackung:
Glasröhre à 30 Gramm:
70 Pfg.

Die

Monatsschrift für Harnkranheiten und sexuelle Hygiene.

Unter Mitwirkung hervorragender Mitarbeiter

herausgegeben von Dr. med. Karl Ries in Stuttgart, Kanzleistr. 1.

Preis des Jahrgangs (12 Hefte): 8 Mark (im Ausland 10 Mark).

Zu beziehen durch die Post, alle Buchhandlungen des In- und Auslandes sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung W. Malende in Leipzig, Johannisgasse 3, I. Et.

darf mit Befriedigung auf das abgeschlossene 2. Jahr ihres Bestehens zurückblicken. Die Verbindung einer Fachzeitschrift aus dem Gebiete der Harnkrankheiten mit einem Organ, das sich die Aufgabe gestellt hat, bei der Lösung der gesellschaftlichen und ethischen Probleme der Sexualfrage Tatberatung auszuarbeiten, hat sich vollauf bewährt und gibt uns die Richtung an, die wir auch künftig bei Stellungnahme zu diesen wichtigen Fragen einzuhalten haben. Wertvolle Originalarbeiten von berufener Seite haben in hohem Maße dazu beigetragen, das Ansehen der „Monatsschrift" zu heben, der Praktiker wurde auch durch die Arbeiten des II. Jahrgangs mühelos über die neuesten Errungenschaften unserer Spezialdisziplin auf dem Laufenden erhalten.

Möge unserer „Monatsschrift" auch im kommenden Jahre das Vertrauen der Arzte erhalten bleiben! Mit einer Reihe interessanter und wichtiger Arbeiten angesehener Autoren werden die Leser bekannt gemacht werden. Mögen sich auch am Beginne des III. Jahrganges den alten Freunden unserer „Monatsschrift" recht viele neue hinzugesellen!

Stuttgart und Leipzig.

Redaktion und Verlag
der Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Verantwortlich für die Redaktion: Dr. med. Karl Ries, Stuttgart.
Für den Inseratenteil: Oskar Gottwald, Leipzig. — Druck von August Hoffmann, Leipzig-Reudnitz.

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07663 4024